

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 244

LES
ULCÈRES JUXTA-CARDIAQUES
DE L'ESTOMAC

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Juin 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean GUÉRIN

Né, le 28 février 1891, à Lyon (Rhône),

Interne des Hôpitaux.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4 RUE GENTIL, 4

—
Juin 1920

LES
ULCÈRES JUXTA-CARDIAQUES
DE L'ESTOMAC

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	(MM. TEISSIER ROQUE BARD TIXIER BERARD FABRE ROLLET NICOLAS LÉPINE (J.) WEILL POLLOSSON (A.) CLUZET HUGOUNENQ MOREL MOREAU GUIART LATARJET POLICARD DOYON COLLET MOURIQUAND PAVIOT X... ARLOING (F.) ETIENNE MARTIN COURMONT (P.) PIC FLORENCE
Cliniques chirurgicales	
Clinique obstétricale et Accouchements.	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	
Clinique des maladies des enfants.	
Clinique des maladies des femmes.	
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	
Chimie biologique	
Chimie organique et Toxicologie.	
Matière médicale et Botanique.	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	
Anatomie	
Anatomie générale et Histologie.	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie et Thérapeutiques générales.	
Anatomie pathologique	
Médecine opératoire	
Médecine expérimentale et comparée.	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires.	ROCHET
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL, agrégé
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND, —
Accouchements.	COMMANDEUR, —
Embryologie	X... —
Anatomie topographique	PATEL, —
Botanique	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale	VILLARD, —
Clinique infantile	X... —
Déontologie et médecine professionnelle	X... —

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LERICHE	SAVY	BONNAMOUR, chargé
COMMANDEUR	THÉVENOT (Léon)	FROMENT	des fonctions.
NEVEU-LEMAIRE	TAVERNIER	THÉVENOT (Lucien)	SARVONAT id.
LAROYENNE	CADE	PIERY	FAVRE id.
VORON	GUILLEMARD	COTTE	GRAVIER id.
NOGIER	GARIN	DUROUX	ROUBIER id.
PRETIN			

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MOURIQUAND, *Président*; VILLARD, *Assesseur*;
MM. THÉVENOT Léon, et DUROUX, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 244

LES
ULCÈRES JUXTA-CARDIAQUES
DE L'ESTOMAC

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Juin 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean GUÉRIN

Né, le 28 février 1891, à Lyon (Rhône),

Interne des Hôpitaux.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4 RUE GENTIL, 4

Juin 1920

PUBLICATIONS ANTÉRIEURES

Les ulcères pénétrants de la petite courbure de l'estomac et leur thérapeutique.

(*Lyon médical*, mars 1916.) (En collaboration avec M. GUILLEMINET.)

L'ulcère juxta-cardiaque de l'estomac.

(*Lyon médical*, septembre 1916.)

Tuberculose iléo cœcale (six observations).

(*Lyon médical*, mai 1917.)

Trois cas d'ulcère peptique du jéjunum après gastro-entérotomie.

(*Lyon médical*, janvier 1918.)

Traitement de l'anus contre-nature.

(*Lyon médical*, novembre 1918.)

Laryngotyphus. Laryngostomie. Guérison.

(*Soc. des Sciences médicales*, 9 juillet 1919.)

Remarques sur l'occlusion intestinale par calcul biliaire.

(*Lyon médical*, juillet 1919.)

Sténose de l'angle duodéno-jéjunale dans un ulcère gastrique.

(*Lyon chirurgical*, novembre-décembre 1919.)

Résection d'ulcère de l'estomac et thermocautérisation par le Balfour.

(*Soc. des Sciences médicales*, 24 mars 1920.)

Les fistules pyo-stercorales de l'intestin.

(*Lyon chirurgical*) (sous presse). (En collaboration avec M. GUILLEMINET.)

A MON GRAND-PÈRE JEAN ROUX

In Memoriam.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde
affection et de ma vive reconnaissance.

A MA FEMME

A MES SŒURS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND

Je suis heureux d'adresser mes remerciements pour l'accueil qu'il m'a fait dans son laboratoire, ainsi que pour la bienveillante sympathie qu'il m'a toujours témoignée.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

MM. JABOULAY (*in Memoriam*), NOVÉ-JOSSERAND,
VILLARD, DELORE, GALLAVARDIN, CADE,
GARDÈRE, COLLET.

A mes Maîtres à la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL COURMONT

A mon Maître et Ami

LE DOCTEUR PAUL DURAND

Chef du Service sérothérapique à l'Institut bactériologique.

LES ULCÈRES JUXTA-CARDIAQUES DE L'ESTOMAC

INTRODUCTION

Dans ces dix dernières années, les travaux parus sur la pathologie de l'ulcère gastrique furent aussi nombreux que variés, et si les différents auteurs qui se sont occupés de la question ont mis au point les ulcères du pylore et juxta-pyloriques, ainsi que les ulcères de la petite courbure et des faces, il existe une autre catégorie d'ulcères de l'estomac qui ont été englobés dans les précédents, ce sont les ulcères de la petite courbure situés près du cardia.

Les recherches que nous avons faites pour en retrouver des observations dans la littérature médicale furent fructueuses. Quelques-uns les rangent parmi les ulcères de la petite courbure.

D'autres, avec Jullich¹, les classent dans les formes frustes des ulcères chroniques, prétendant qu'ils

¹ Jullich, thèse de Paris.

évoluent à bas bruit sans grands symptômes et que ce ne sont en général que des trouvailles d'autopsie. Ces différentes façons de comprendre cette variété d'ulcère ne nous ont pas paru satisfaisantes. Plusieurs cas de cette sorte se sont présentés à nous, alors que nous étions l'interne de M. Delore et notre maître nous a montré les très divers aspects cliniques sous lesquels ils pouvaient se présenter au praticien, la grande difficulté de leur diagnostic, et surtout l'embaras dans lequel se trouvait le chirurgien pour les traiter par l'exérèse.

Nous profitons ici de l'occasion qui s'offre à nous pour témoigner à M. Delore notre reconnaissance. Nous le remercions vivement de l'intérêt qu'il nous a toujours porté et de la bienveillance avec laquelle il nous a traité alors que nous étions son interne.

Nous nous proposons donc dans ce modeste travail d'isoler une variété d'ulcère de l'estomac situé très haut près du cardia sur la petite courbure, pouvant même envahir le cardia et nous lui donnons le nom de juxta-cardiaque par analogie avec les ulcères de la petite courbure situés près du pylore, pouvant même l'envahir et auxquels on donne le nom d'ulcères juxta-pyloriques.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A. — ANATOMIE NORMALE

La région qui nous occupe est assez difficile à délimiter au point de vue anatomique pur ; cependant les études de MM. Augier et Bopp¹ sur la morphologie de l'estomac, faites en fixant l'organe dans sa forme à l'aide d'injections vasculaires de formol et d'alcool permirent à ces auteurs de lui décrire deux parties :

1° Une portion supérieure, cardiaque, à paroi mince, sacciforme et qui reste globuleuse, sphérique même si l'estomac est contracté ; cette portion comprend le fundus proprement dit, ou grosse tubérosité des classiques et en outre l'antra cardiaque qui n'est autre que la portion abdominale de l'œsophage, lequel, au-dessous du diaphragme, s'évase en une sorte d'infundibulum à grand diamètre inférieur et qui, raccordant l'œsophage à l'estomac par une ligne oblique de haut en bas et de gauche à droite, est séparé du fond par la profonde incisure cardiaque ;

¹ Voir thèse de Santy, Lyon, 1914, pages 21 et 22.

2° Une portion inférieure à paroi plus forte et plus résistante que la précédente, qui se divise elle-même en deux parties :

a) Une première partie, qui fait suite au fundus, correspond à la portion verticale de l'estomac radioscopique, c'est le corps de l'estomac dont la portion inférieure englobe le vestibule pylorique ;

b) Une deuxième partie, branchée à angle droit ou aigu sur la précédente, de constitution très fortement musculaire, qui aboutit au sphincter pylorique sous le nom de canal du pylore ou de canal évacuateur.

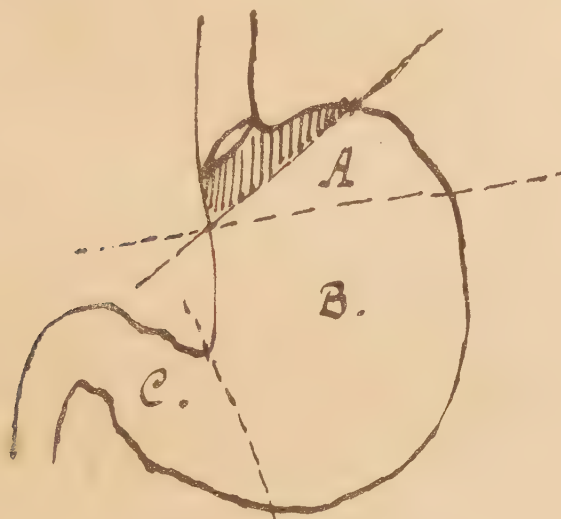
Cette façon d'envisager l'estomac nous permet de dire que nous considérons comme la région juxta-cardiaque la partie droite et supérieure de la région décrite par MM. Augier et Boppe sous le nom de région supérieure ou cardiaque.

Les limites de la région sont donc en haut : le cardia ; en bas, une ligne fictive partant d'un point de la petite courbure situé à 3 centimètres au-dessous du cardia pour atteindre un point situé sur la grande courbure à la partie supérieure de sa convexité ; à droite, par la petite courbure elle-même ; à gauche par la grande courbure.

En haut, le cardia, orifice ovalaire à grand axe vertical regardant à droite et légèrement en haut et en avant.

A droite, la petite courbure ou bord droit de l'estomac, qui commence au cardia, se continuant verticalement sans ligne de démarcation aucune avec le bord droit de l'œsophage abdominal sur une étendue de trois centimètres.

A gauche, la grosse tubérosité de l'estomac dans sa partie ascendante où elle forme avec l'œsophage un angle très aigu ouvert en haut (sillon cardiaque de His, *incisura cardiaca*).



- A. La région supérieure ou cardiaque.
- B. La région du corps de l'estomac.
- C. La région de l'antrum pylorique.
- En quadrillé la région juxta cardiaque.

En bas, par la ligne joignant les points extrêmes que nous avons situés sur la petite et sur la grande courbure.

Au point de vue topographique l'orifice cardiaque répond en arrière au côté gauche de la 10^e vertèbre dorsale d'après Jonnesco, de la 11^e d'après Testut ; en avant il est situé en regard du point où le 7^e cartilage costal gauche vient s'articuler avec le sternum (Testut). Dans le plan antéro-postérieur il est situé à l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen.

Le point le plus bas de notre région et situé sur la petite courbure correspond d'après nos constatations personnelles en arrière à la ligne de séparation de la 11^e et de la 12^e vertèbre dorsale, en avant il se projette à 1 centimètre à gauche de la ligne médiane et à trois travers de doigt au-dessous de l'articulation du dernier cartilage costal.

Le point extrême situé sur la grande courbure remonte assez haut contre le dôme diaphragmatique. Il se projette en arrière au niveau de la ligne de séparation de la 8^e et de la 9^e vertèbre dorsale, en avant sur une ligne horizontale passant au niveau de l'articulation sternale de la VI^e côte à un travers de main de la ligne médiane et à gauche.

Un mot encore d'anatomie, sur la portion abdominale de l'œsophage. Niée par les auteurs allemands, nous estimons d'après nos recherches, et avec MM. Poirier et Testut, que l'œsophage à sa sortie de l'hiatus diaphragmatique reposant en arrière sur le pilier gauche du diaphragme et sur l'angle qu'il forme avec l'aorte abdominale creusant par sa face antérieure une échancrure dans le côté gauche du foie, flanqué du pneumogastrique droit à sa face antérieure et du pneumogastrique gauche sur sa face postérieure, atteint une longueur de 2 centimètres en moyenne chez l'homme, de 3 centimètres chez la femme. Ajoutons qu'il nous a toujours paru beaucoup plus fixé chez l'homme que chez la femme, et que notre maître nous a montré combien cette disposition rendait l'accès de la région difficile dans le sexe masculin, nous faisant bien voir que, sans être facile, elle était un peu plus abordable dans le sexe féminin.

B. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomo-pathologique nous décrivons les caractères macroscopiques de l'ulcère chronique, puis nous envisagerons les ulcères pénétrants et les ulcères rétractiles.

a) Caractères macroscopiques. — L'ulcère juxta-cardiaque chronique ne nous a pas paru posséder des caractères qui permettent, par le simple examen macroscopique, de le distinguer de celui du corps ou du pylore. Si la plupart du temps l'ulcère est arrondi, méritant réellement le nom d'ulcère rond, il peut être ovalaire à grand axe dans la direction de la petite courbure, enfin dans certains cas, il peut gagner l'orifice cardiaque, l'envahir et même se propager à l'œsophage tout au moins dans sa partie inférieure. Quelquefois il prend autour du cardia une forme annulaire sans cependant rétrécir l'orifice. Son siège, d'après mes constatations personnelles (voir observations), a toujours été la petite courbure empiétant davantage sur la face postérieure de l'estomac que sur la face antérieure. Nous ne l'avons jamais rencontré sur la face antérieure, ni sur la face postérieure, ni sur la grosse tubérosité ; cependant un certain nombre d'auteurs en ont signalé des cas qui, d'après leurs indications, sont nettement situés dans la région juxta-cardiaque et sur la face antérieure. (Voir observations n° XIII de MM. Jaboulay et Viannay et précédentes).

La section des tissus est généralement très nette, les

bords indurés et non pas formés par des bourrelets épais, sont taillés à l'emporte-pièce ; les différentes tuniques de l'estomac sont plus ou moins intéressées, mais jamais dans la même étendue : la perte de substance de la muqueuse est toujours plus importante que celle de la séreuse. La lésion affecte en profondeur la forme d'un entonnoir à grand diamètre au niveau de la muqueuse. Le fond de l'ulcère est généralement égal et bien rarement tomentueux, il repose rarement sur une base indurée. Les dimensions de ces ulcères varient de celles d'une pièce de 0 fr. 20 à une pièce de 5 francs ; les dimensions que nous avons surtout rencontrées étaient celles d'une pièce de 1 franc ou de 2 francs.

Ces ulcères s'accompagnent toujours d'une réaction inflammatoire intéressant les organes voisins, et plus particulièrement le péritoine. L'ulcère tend à développer des néo-membranes autour de lui, bien avant la constitution d'adhérences ou de péri-gastrite. Le petit épiploon s'épaissit, accole ses feuilletts, se rétracte et fronce la petite courbure dont les extrémités, cardia et pylore, se rapprochent. Cette réaction inflammatoire est encore marquée par la présence de ganglions soit au niveau de la petite courbure, soit en arrière de l'œsophage, ganglions qui ne traduisent pas la malignité de la lésion puisqu'on ne les retrouve plus quand, après avoir fait une gastrostomie dans un premier temps, on pratique une résection dans un second temps. Enfin signalons que ces ulcères, très haut situés, présentent un avantage au point de vue de la perforation possible. Si en général l'estomac ulcéreux est petit, contracté, se dissimulant sous les fausses côtes invoquant assez exactement la

comparaison de la vessie atteinte de cystite tuberculeuse suivant l'expression de MM. Villard et Pinatelle, la fixité et l'immobilité relative de la région permettent dans un stade avancé aux adhérences inflammatoires de s'établir facilement sans être tirillées et évitent ainsi la péritonite généralisée si grave à la suite des perforations. Ces adhérences sont donc un bien dans un sens puisqu'elles éviteront au malade une complication redoutable, mais elles seront une très grosse difficulté pour le chirurgien qui voudra pratiquer l'exérèse en lui empêchant d'attirer la portion supérieure de l'estomac et la portion inférieure de l'œsophage au dehors.

b) Ulcères pénétrants. — D'après ce que nous venons de dire il est facile de comprendre que la perforation de l'ulcère juxta-cardiaque se fait sans faire communiquer la grande cavité péritonéale avec l'estomac. En général la perforation se fait précédée d'une péritonite partielle, sans collection purulente ; l'inflammation plastique adhésive précède la marche envahissante de l'ulcère qui atteint et pénètre les organes voisins. Du reste cette pénétration de l'ulcère ne se révèle le plus souvent qu'au moment de l'intervention par l'accolement intime aux viscères, sans que des symptômes de périgastrite aient pu faire prévoir la lésion.

La pénétration se fait en général au niveau de la face postérieure du pancréas (c'est celle que nous avons rencontrée le plus souvent), quelquefois mais plus rarement au niveau de la face inférieure du lobe gauche

du foie. Le fond de l'ulcère est alors constitué par le pancréas ou le foie eux-mêmes ; extérieurement les parois sont formées par les feuillets gastriques et épiploïques, épaissis et œdédiatiés et simulant à s'y méprendre une tumeur, qu'on aurait vite fait de considérer comme néoplasique si le chirurgien n'en avait pas l'habitude. Vue par sa face intérieure la lésion se présente réellement sous un aspect d'entonnoir dont la grande ouverture correspond à la muqueuse gastrique, la petite ouverture à la paroi antérieure du pancréas qui peut être profondément atteint par le processus ulcéreux, les bords par les tuniques gastriques, le tissu sous-péritonéal, le péritoine pré-pancréatique, le tout épaissi et infiltré de sérosité œdémateuse.

c) Ulcères rétractiles. — Tout comme l'ulcère du corps de l'estomac, l'ulcère juxta-cardiaque peut être rétractile.

Comment s'exerce cette rétractilité ? Généralement on est en présence d'une rétractilité suivant l'axe de la petite courbure ; le pyllore et le cardia normalement éloignés l'un de l'autre de 6 cent. et demi à 7 centimètres se rapprochent jusqu'à ne plus être séparés que par une distance de 4, quelquefois de 3 centimètres sans cependant qu'il y ait de déformation importante dans le reste de l'organe : la grande courbure, en effet, grâce à son élasticité, compense la déformation.

La petite courbure seule tend à prendre une position fortement incurvée à concavité dirigée en haut et à droite. En même temps des phénomènes de rétractilité se produisent sur le péritoine qui se rétracte et

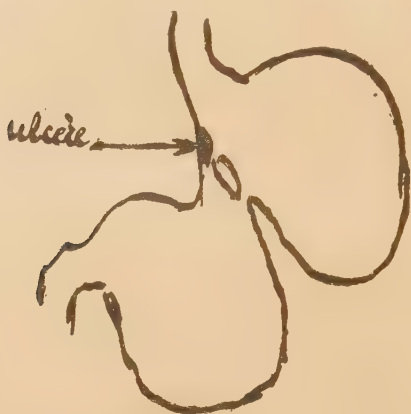
tire la petite courbure en haut derrière l'appendice xyphoïde et la paroi costale. Dans d'autres cas, la rétraction se fait suivant un axe perpendiculaire à la petite courbure. Ces cas sont assez rares dans l'ulcère juxta-cardiaque. Cependant, ils peuvent exister généralement d'après Santy :

« L'attraction des parois vers l'ulcère se traduit précocement par un rapprochement de plus en plus marqué de la grande courbure attirée vers la zone malade qui de la sorte ébauche d'abord, puis bientôt complète la biloculation typique de l'estomac. »

Somme toute, bien que nous n'en ayons observé qu'un seul cas (obs. IV), l'ulcère juxta-cardiaque peut, par une rétraction perpendiculaire à l'axe de la petite courbure, provoquer un estomac biloculaire. Comme l'estomac biloculaire, complication de l'ulcère du corps ou de l'antrum pylorique, l'estomac biloculaire, complication de l'ulcère juxta-cardiaque, présente quelques particularités intéressantes.

Quoique l'on ait affaire à un ulcère très haut situé qui devrait donner des sténoses hautes et de petites poches cardiaques, l'extrême petitesse de la poche cardiaque est rare. En effet, la partie de la grande courbure attirée par la rétraction ulcéreuse est beaucoup plus bas située relativement que le point de la petite courbure qui attire. D'autre part, assez rapidement la poche cardiaque se distend, augmente de volume jusqu'à prendre des dimensions à peu près égales à celles de la poche inférieure, ce qui fait que la biloculation, malgré sa hauteur à droite, ressemble assez exactement à une biloculation médiogastrique.

Ajoutons, comme le fait remarquer M. Santy, que ces ulcères rétractiles sont en général de tout petits ulcères atteignant les dimensions d'une pièce de 50 centimes, et qui se développent beaucoup plus en profondeur qu'en largeur. Ils sont perforants sans être pénétrants suivant l'expression de H. Del.



OBSERVATION I (MM. Devic et Delore).

(Recueillie dans la thèse de Santy, p. 35.)

Ulçère de la petite courbure juxta-cardiaque. — Excision.

M... Anselme, cinquante-quatre ans, entre dans le service du Dr Devic suppléé par le Dr Bouchut, pour une hémartémèse remontant à quinze jours.

Sans autres antécédents qu'une pleurésie purulente à l'âge de trente-cinq ans, terminée par une vomique, cet homme souffre de l'estomac depuis plus de quinze ans. Il raconte que deux heures après les repas, il ressent de violentes douleurs épigastriques transfixiantes, sans irradiations scapulaires. Ces douleurs surviennent par périodes de

trois à huit jours, se prolongeant parfois pendant un mois, puis elles disparaissent entièrement et laissent de la sorte le malade tranquille pendant quelques semaines ou quelques mois.

Depuis huit ans les phénomènes douloureux s'étaient même considérablement amendés lorsqu'en janvier 1914 ils ont repris avec beaucoup d'intensité et sans phases d'accalmie; les douleurs ont d'ailleurs conservé leurs mêmes caractères.

Le malade n'a jamais vomi, il n'a jamais eu de melæna ni d'hématémèse, lorsqu'il y a quinze jours il a rejeté par la bouche quelques gorgées de sang noir, un demi-verre environ, puis a présenté pendant plusieurs jours du melæna.

A l'examen, pas de clapotage, pas de péristaltisme.

Chimisme gastrique. — Une demi-heure après l'ingestion du repas d'épreuve on retire un liquide clair avec quelques particules alimentaires.

Acidité totale 42/1000 :	{	Grünshbourg +
		Vert brillant +
		Uffelmann —

Weber dans les selles positif.

Radioscopie. — A jeun, bulle d'air considérable soulevant le diaphragme.

Lors de l'ingestion du bismuth, l'estomac se remplit normalement, il est petit, pylore médian; à l'ombilic contractions très énergiques de la grande courbure. L'estomac est mobile avec les mouvements respiratoires, il s'évacue rapidement, une heure et quart après le repas bismuthé il est entièrement vide.

Le malade est montré à M. Delore qui décide d'intervenir.

Intervention le 22 avril 1914. — Laparotomie médiane haute.

Le pylore apparaît sain, sur la ligne médiane avec quelques tractus blanchâtres qui remontent vers la petite courbure; en explorant celle-ci on trouve presque au niveau du cardia une tuméfaction du volume d'une noix, constituée par un paquet inflammatoire, d'aspect grasseux, épaississant le petit épiploon au niveau d'une induration de la petite courbure de laquelle partent des plis radiés, et les tractus blanchâtres vus au niveau du pylore. La petite courbure entre le pylore et la lésion est plissée, nettement rétractée, non adhérente.

On excise le paquet inflammatoire de l'ulcère en le dépassant de 1 demi-centimètre circulairement. Il en résulte une énorme brèche de la paroi gastrique qui permet l'introduction facile de la main dans la cavité gastrique.

L'estomac est refermé à l'aide d'une suture à deux plans, malaisée à cause de la situation très élevée presque œsophagienne du pôle supérieur de l'orifice, mais qui, faite dans une direction perpendiculaire à la petite courbure, ne rétrécit pas la cavité gastrique.

Suites très simples, le malade quitte l'hôpital le quinzième jour.

La pièce opératoire montre un ulcère dont l'orifice a les dimensions d'une grosse lentille mais qui paraît très profond. La muqueuse qui l'entoure est rouge, enflammée, adhérente aux plans sous-jacents, sillonnée de plis radiés. La face péritonéale est occupée par un paquet de tissu à la fois induré et grasseux dans lequel on distingue difficilement les vaisseaux de la petite courbure qui ont été pourtant sectionnés au cours de l'intervention.

Après section de la pièce au niveau de l'ulcère on voit que celui-ci s'enfonce à 2 centimètres au moins, dépassant donc l'épaisseur de la paroi pour pénétrer en plein tissu opératoire.

Nous avons cru bon de présenter cette observation dans ce chapitre parce qu'à notre avis elle montre

bien ce qu'on rencontre le plus souvent dans l'ulcère juxta-cardiaque, c'est-à-dire la rétractilité suivant l'axe de la petite courbure sans adhérences et sans action déformante portant sur la totalité de l'organe. Remarquons de plus que, comme nous l'avons dit il y a un instant, l'ulcère était petit, avec tendance à perforer beaucoup plus qu'à envahir.

De plus, l'observation suivante de Finsterer, recueillie dans la thèse de Santy, nous montre que la biloculation peut exister :

OBSERVATION II (Finsterer).

Sténose médiogastrique serrée par ulcère de la petite courbure pénétrant dans le pancréas.—Résection annulaire, mort de gangrène pulmonaire.

Femme de quarante-deux ans, entrée le 6 juin 1912. Souffre depuis neuf ans de douleurs gastriques avec vomissements. Hématémèse il y a huit mois. Exagération des douleurs il y a quatre semaines. A l'entrée, femme très amaigrie (40 kilogrammes). Mauvais état général. Température, 39 degrés. A la palpation de l'épigastre, contraction des muscles grands droits, perception d'une tumeur qui s'évanouit après insufflation.

A la radioscopie, estomac biloculaire par ulcère de la petite courbure.

Intervention le 8 juin 1912. Anesthésie locale de la paroi abdominale à la novocaïne. Laparotomie entièrement indolente.

Adhérences de périgastrite récente qui sont très douloureuses et nécessitent l'emploi de l'anesthésie à l'éther pour leur libération d'avec la paroi abdominale.

Ulcère de la petite courbure situé au voisinage du cardia

et déterminant une forte sténose médiogastrique, n'admettant qu'un doigt avec poche cardiaque moyenne et grande poche pylorique.

L'ulcère est fixé au foie et du diamètre d'une pièce de 0 fr. 50 ; il pénètre dans la face antérieure du pancréas si bien qu'on ouvre l'estomac en le libérant. Le pylore est libre, mais le duodénum est dilaté par la présence d'un anneau de périgastrite au niveau du ligament gastro-colique.

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE

Les malades porteurs d'ulcère juxta-cardiaque que nous avons eu l'occasion d'observer présentaient des syndromes tellement variés et tellement différents que nous croyons bon d'examiner dans un premier paragraphe les symptômes pris séparément : nous indiquerons en même temps la valeur que nous croyons devoir leur attribuer ; puis, dans un deuxième paragraphe, nous essaierons de grouper ces symptômes afin d'isoler les formes cliniques sous lesquelles peut se présenter l'affection.

I. — SYMPTOMATOLOGIE

La douleur.

C'est généralement le symptôme qui apparaît le premier en date ; au début de l'affection, elle est peu prononcée ; les malades se plaignent de douleurs vagues siégeant au creux épigastrique, pouvant s'irradier entre les épaules et apparaissant surtout au moment des repas. Les douleurs du début, même lorsqu'elles s'accompagnent d'irradiations interscapulaires, n'indiquent pas l'envahissement du pancréas

par l'ulcère, non plus que sa pénétration dans cet organe, comme Openchowsky l'a montré pour l'ulcère du corps ou dans certains ulcères devenus chroniques. Nous les avons rencontrées dans plusieurs de nos observations, et les quelques interventions pratiquées au début de l'affection dans ces cas-là nous ont confirmé cette opinion. Quelquefois ces douleurs vagues du début sont un peu plus précises et peuvent se présenter sous la forme de douleur à la déglutition existant dans certains cas seulement pour une catégorie d'aliments solides ou liquides.

Ces phénomènes douloureux du début, sur lesquels l'attention du praticien n'est pas attirée en raison de la forme discrète sous laquelle ils se manifestent, vont s'accroître et prendre une place considérable dans la symptomatologie de ces ulcères.

À la période d'état, en effet, la douleur survient soit immédiatement, soit une heure après les repas ; sa durée est de deux à trois heures ; quant à son siège, il est soit au niveau du creux épigastrique, soit au niveau du pylore, sur la ligne médiane ou un peu à droite de cette ligne, soit derrière l'appendice xyphoïde et la région costale pour s'irradier vers l'œsophage sous forme de brûlures, les irradiations pouvant même se faire suivant les espaces intercostaux et gagner l'épaule. Suivant les malades, cette douleur se manifeste de façon différente, tantôt c'est une sensation de barre épigastrique, tantôt une sensation de poids ; dans d'autres cas, ce sont des brûlures ; enfin, certains malades ressentent ces douleurs en broche caractéristiques de l'ulcère de la petite courbure adhérent au pan-

créas. La pression au niveau du creux épigastrique n'augmente généralement pas l'intensité des phénomènes douloureux. Nous avons dit que la douleur durait de deux à trois heures après les repas. Ajoutons qu'elle se termine brusquement à la suite de vomissements alimentaires plus ou moins abondants.

Dans d'autres cas, tout autre est la physionomie de ce symptôme.

Le malade se plaint de douleur à la déglutition rappelant par ses caractères celle des sténoses œsophagiennes basses : douleur rétro-sternale avec sensation d'arrêt des aliments. Cependant, alors que dans certains rétrécissements œsophagiens cette dysphagie est due d'une part à une sténose, d'autre part à un élément spasmodique, elle n'est due dans l'ulcère juxta-cardiaque qu'au seul élément spasmodique, ce qui explique aisément que la déglutition peut être douloureuse avec sensation d'arrêt des aliments un jour pour devenir normale le lendemain. Dans ce cas-là, ce ne sont plus des vomissements alimentaires qui mettent fin à ce symptôme, mais des régurgitations glaireuses sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

En résumé le symptôme douleur peut varier dans sa fréquence, dans son intensité, surtout dans son siège et si comme le dit Hanot (*Archives générales de Médecine*, 1881) dans quelques cas les douleurs de la région du cardia se localisent en un point plus directement en rapport avec le siège de la lésion, il en est d'autres où c'est au niveau du pylore que viennent aboutir les sensations douloureuses comme le dit Bouveret.

Quelle est la valeur de ce symptôme ? Au début les douleurs interscapulaires frustes peuvent être une indication. A la période d'état la douleur est de peu d'importance lorsqu'elle siège au niveau du pylore et si elle est tardive elle contribuera même à égarer le diagnostic. Elle acquiert croyons-nous une valeur réelle lorsqu'elle siège dans la région cardiaque et surtout si elle apparaît immédiatement ou rapidement après l'ingestion des aliments.

Les vomissements.

Sans être fréquent, c'est un symptôme que l'on rencontre quelquefois (obs. VI et VII). On a affaire alors à des vomissements à caractères nettement gastriques, survenant deux ou trois heures après le repas, contenant les derniers aliments ingérés, dans certains cas même des aliments ayant séjourné dans l'estomac depuis plusieurs jours. Ils peuvent être striés de sang, ou prendre la teinte marc de café, décelant ainsi une gastrorragie. Généralement ils mettent fin à la crise douloureuse gastrique que nous avons décrite au chapitre précédent. Loin d'être de règle dans l'ulcère juxta-cardiaque, les vomissements, qu'ils aient le type gastrique ou le type nettement pylorique, ne doivent pas faire éliminer le diagnostic car, de même qu'il est possible d'observer des phénomènes réflexes du cardia et de l'œsophage avec un ulcère prépylorique, de même il est possible d'observer des phénomènes réflexes du côté du pylore avec un ulcère voisin du cardia, par compression du pneumogastrique par exemple, provoquant un spasme pylorique.

Les régurgitations.

Ce symptôme est à notre avis capital, de par sa fréquence d'abord (obs. III, IV, V), de par ses caractères ensuite. Ces régurgitations surviennent soit quelques minutes après l'ingestion des aliments, soit une heure ou deux heures après. Elles se produisent sans efforts, sans douleur, sans participation des muscles abdominaux ni du diaphragme. Elles sont composées de mucosités glaireuses, très rarement sanguinolentes, ce sont de véritables vomissements pituiteux œsophagiens. De même que les vomissements gastriques décrits au paragraphe précédent, elles mettent fin à la crise douloureuse. Il semble qu'il y ait là un véritable spasme du cardia et une excitation de la partie inférieure de l'œsophage comme, dans d'autres formes d'ulcères, il y a du spasme pylorique.

Les nausées.

Symptôme que nous différencions des deux précédents car le vomissement, comme la régurgitation, n'en est pas l'aboutissant fatal. Pour M. Lœper ce serait un des phénomènes les plus intéressants et des plus constants qui soit pour le diagnostic de l'ulcère de la petite courbure. Dans un certain nombre d'observations d'ulcères de la petite courbure que nous avons consultés chez M. Delore nous ne l'avons pas rencontré très fréquemment. Alors que dans les observations d'ulcères juxta-cardiaques que nous présentons il se trouve décrit trois fois. Du reste il existait seul, sans être

suivi de vomissements, ni de régurgitations (obs. n° V), alors que dans les observations VI et VII il était pour les malades l'indice du vomissement qui allait mettre un terme à la douleur.

La sialorrhée.

Constitue également un symptôme intéressant. Elle apparaît généralement d'une façon précoce pouvant même se prolonger après le vomissement ou la régurgitation, après disparition de la douleur.

M. Lœper qui a constaté ce signe dans un grand nombre d'états gastriques le regarde cependant comme le signe d'une irritation haut située.

Les hématomèses.

Si dans certains cas de véritables hématomèses en tous points comparables à celles que l'on rencontre dans les ulcères du corps de l'estomac se produisent et constituent le syndrome prédominant qui amène les malades à l'hôpital, elles ne se manifestent dans d'autres que par la présence de quelques filets de sang rouge mêlés aux régurgitations.

Les mélénes.

Sont plus fréquents que les hématomèses. Souvent le malade attire l'attention du médecin sur une constipation opiniâtre, avec selles dures ovilées, et matières noirâtres. L'examen des matières fera reconnaître la présence de sang (par la méthode de Weber par

exemple). Rarement le malade présente du sang rouge dans ses selles, et dans ces cas-là un toucher rectal s'imposera pour dépister soit une tumeur rectale en évolution, soit simplement des hémorroïdes internes qui saignent.

Le hoquet.

Est un phénomène commun à plusieurs affections de l'extrémité inférieure de l'œsophage. Il est rare dans l'ulcère juxta-cardiaque de l'estomac, et serait pour nous un indice précieux d'envahissement du cardia par la lésion.

L'étude de ces symptômes fonctionnels nous montre que, se basant sur le siège de douleurs, sur les caractères de régurgitation, sur les nausées, sur la sialorrhée, le clinicien pourra penser à l'ulcère haut situé sur la petite courbure.

Voyons maintenant les signes physiques de l'affection. Les uns sont capables de nous induire en erreur, d'autres au contraire pourront nous permettre d'arriver à un diagnostic de localisation.

L'inspection nous montrera quelquefois des ondes péristaltiques; dans certains cas même l'estomac se dessinera de façon très apparente sous la paroi.

La palpation doit se pratiquer de deux façons :

a) Dans le décubitus dorsal. On pourra, en palpant

légèrement le creux épigastrique, apprécier la tension de l'organe.

b) Dans la position assise. La main fortement appliquée sur la paroi abdominale antérieure et enfoncée profondément sous l'appendice xyphoïde et les fausses côtes gauches pourra rechercher, en profitant des expirations profondes, une zone dure correspondant à la lésion qu'il ne faudra pas confondre avec le ressaut donné normalement par le bord supérieur du pancréas.

La **percussion** et l'**auscultation** permettront d'apprécier la grandeur de l'estomac, son degré de dilatation, et surtout le clapotage qui, s'il existe à jeun, orientera bien plutôt le diagnostic vers une sténose pylorique.

Exploration de l'œsophage. — Dans certains cas, lorsque les symptômes fonctionnels sont en faveur d'une sténose œsophagienne basse ou d'une sténose cardiaque, l'exploration de l'œsophage avec la sonde molle ou mieux avec le cathéter semi-rigide peut être indiquée.

Nous rappellerons seulement que le cardia est situé à environ 40 centimètres des arcades dentaires et que cet orifice admet normalement une olive de 10 à 12 millimètres. On sent, lorsqu'on le franchit, un ressaut qui indique que l'on est dans l'estomac où, d'ailleurs, la sonde n'étant plus serrée peut jouer plus librement.

Œsophagoscopie. — Pourra être un moyen d'investigation intéressant puisqu'il permettra de se rendre compte du degré de perméabilité de l'orifice cardiaque. D'après Guisez, le cardia apparaît normalement comme un orifice béant. Dans le cardio-spasme, symptôme observé dans plusieurs de nos observations, l'examen endoscopique montre l'intégrité complète de la muqueuse œsophagienne jusqu'au niveau du cardia. A ce niveau, la lumière œsophagienne est oblitérée par la juxtaposition des parois qui sont étroitement appliquées l'une contre l'autre, il ne reste qu'un orifice extrêmement rétréci, de forme étalée et parfaitement immobile. Si on pousse le tube œsophagoscopique, on n'arrive pas à franchir l'obstacle, mais, si on observe le patient sous anesthésie ou si on cocaïnise la muqueuse, on peut descendre le tube jusque dans l'estomac.

Radioscopie. — La radioscopie est un procédé d'investigation d'une valeur incontestable, elle permet de suivre la déglutition œsophagienne, le passage du bol alimentaire au niveau du cardia et les différentes formes de l'estomac.

Plusieurs procédés sont à l'ordre du jour, nous citerons d'abord ceux de MM. Béclère et Holzknecht qui permettent surtout d'examiner la portion inférieure de l'œsophage.

1^o Une petite quantité de bismuth est délayée dans 100 grammes d'eau. Le malade prend cette solution par petites gorgées en l'agitant continuellement : si la sténose du cardia est peu serrée, le temps que la solu-

tion met à traverser le point rétréci suffit pour que le bismuth se dépose sur ses parois ; si la sténose est serrée, il s'accumule au-dessus de la région infranchissable.

2° Si cette épreuve ne réussit pas, on fait avaler au malade un cachet de bismuth qui s'arrête au niveau du point rétréci : on le voit alors soit y rester immobile, soit effectuer des mouvements d'ascension et de descente dus aux contractions œsophagiennes et finalement passer à la filière dans l'orifice, si toutefois celui-ci est encore perméable.

3° Si la deuxième épreuve est négative, on fait prendre au malade un morceau de pain bien cuit et sans croûte, puis un cachet de bismuth. La mie de pain sert à l'obstruction de la sténose et arrête le cachet de bismuth.

Ces différentes épreuves permettent de dépister les sténoses du cardia quoique, dans certains cas, l'ombre du cachet est cachée par l'ombre hépatique.

M. Barjon nous ayant exposé sa méthode d'investigation et ses idées radioscopiques sur les ulcères de la région juxta-cardiaque, nous nous permettons de les développer ici.

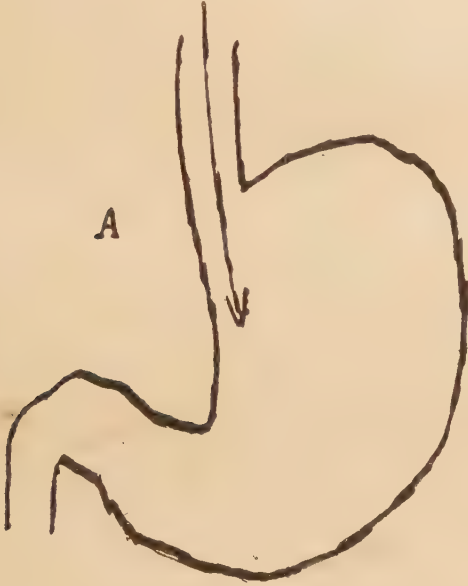
Pour cet examen, il emploie une bouillie bismuthée faite d'après la formule suivante :

Carbonate de bismuth, 30 grammes.

Sirop de gomme Q. S. pour obtenir consistance de miel coulé.

On examinera d'abord l'estomac du malade à jeun et on notera les particularités qu'on pourra observer :

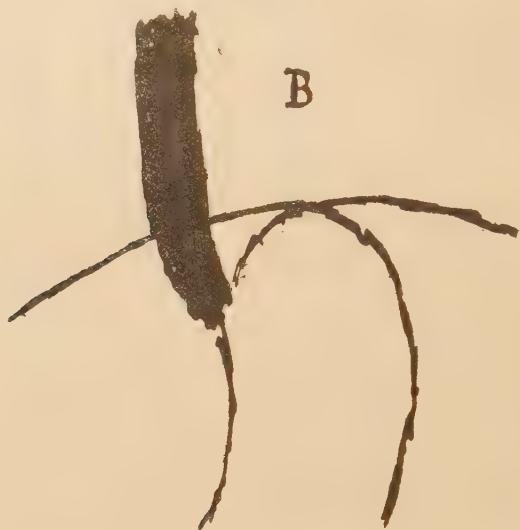
dans un deuxième temps, on fera avaler au malade, sous l'écran, la bouillie bismuthée, de façon à la suivre dans son trajet œsophagien. Plusieurs cas peuvent se présenter :



A. — La bouillie bismuthée passe directement dans l'estomac sans arrêt sensible au niveau du cardia et vient s'accumuler au fond de l'estomac. On est en présence d'un estomac où il n'y a pas de lésions soit au cardia, soit juxta-cardiaque.

B. — La bouillie bismuthée est arrêtée dans l'œsophage, au-dessus de la coupole diaphragmatique ou au-dessous. On est en présence d'une sténose de cet organe, néoplasme du cardia, sténose cicatricielle, ou même ulcère juxta-cardiaque, provoquant un spasme

serré du cardia. Dans ce dernier cas, si on examine le malade sous l'écran pendant quelques minutes, on verra brusquement l'image changer d'aspect et le bismuth tomber brusquement dans l'estomac aussitôt que le spasme cessera.



C. — La bouillie bismuthée est encore arrêtée dans l'antra cardiaque, mais dessine un cône à base supérieure, à sommet inférieur, et, par un examen attentif, on peut voir la bouillie couler par un mince filet, le long de la petite courbure, pour s'accumuler, après un temps variable, dans le bas-fond de l'estomac. On est alors en présence d'un rétrécissement du cardia qui peut être dû à un ulcère juxta-cardiaque ayant envahi l'orifice.

D. — La bouillie bismuthée n'est plus arrêtée dans l'œsophage, mais au lieu de s'écouler normalement

pour venir dans le bas-fond, on distingue au niveau de la petite courbure, et très près du cardia, une courbe



qui forme ressaut. Le liquide, au lieu de tomber verticalement décrit donc au-dessous du cardia une courbe à convexité dirigée à gauche, c'est ce qu'on

rencontre quelquefois dans le cancer juxta-cardiaque et en même temps dans l'ulcère de la région qui n'a pas envahi l'orifice.

Phénomènes généraux. — Si l'affection peut évoluer très lentement et si certains malades porteurs d'ulcères juxta-cardiaques, depuis dix ou quinze ans, ne présentent que peu de phénomènes généraux, il n'en est pas moins vrai que la plupart du temps l'amaigrissement progresse rapidement, dû soit aux vomissements abondants, soit au fait que les malades ne s'alimentent plus pour éviter la douleur; les téguments deviennent pâles, le visage émacié, les muqueuses et les téguments se décolorent, les masses musculaires flasques se réduisent de volume, l'anémie s'installe et le malade, trompé par des symptômes que souvent il croyait bénins, est emporté par la cachexie sans avoir pu profiter des ressources incontestables d'une intervention chirurgicale.

II. — FORMES CLINIQUES

Les nombreux symptômes que nous venons d'étudier peuvent se grouper de différentes façons et si, dans quelques cas, l'ulcère juxta-cardiaque se présente à nous sous une forme type, dont le diagnostic est relativement aisé, il en est d'autres où le clinicien est égaré par la prépondérance des phénomènes œsophagiens ou pyloriques. Dans certains cas enfin, l'ulcère juxta-cardiaque évolue à bas bruit silencieusement, sans mani-

festation de localisation ; il devient alors une trouvaille d'autopsie.

Nous décrirons successivement :

- a) La forme type d'ulcère juxta-cardiaque ;
- b) La forme œsophagienne ;
- c) La forme pylorique ;
- d) Les formes frustes.

et nous dirons un mot en terminant sur les formes associées.

a) **La forme type.**

La symptomatologie participe à la fois de celle des ulcères du corps et de celle de l'ulcère du cardia.

Assez réduite au début, ce sont des malades qui viennent à nous surtout parce qu'ils sont effrayés par un amaigrissement considérable. A cette période déjà, on peut noter des douleurs gastriques frustes sans horaire et sans durée précis, le malade du reste y prête peu d'attention ; quelquefois cependant il est très intrigué par une sensation de pesanteur entre les deux épaules, qui peut apparaître soit au moment des repas, soit en dehors d'eux et qui est, la plupart du temps, indépendante des douleurs gastriques.

A la période d'état apparaît la douleur à la déglutition, qui n'existe que pour certaines catégories d'aliments, les solides pour les uns, les liquides pour les autres. Cette douleur s'accompagne assez fréquemment de sensation d'arrêt des aliments en arrière de l'appendice xyphoïde. Puis une demi-heure ou une heure après le repas, surviennent les douleurs gastriques qui

se manifestent sous forme de crampes, de brûlures, avec irradiations interscapulaires. Enfin, la crise douloureuse se termine par une régurgitation glaireuse souvent de saveur acide.

L'examen du malade ne donne généralement pas de signes de localisation. Il faut, pour que l'on sente une tumeur suivant la méthode indiquée tout à l'heure, qu'il y ait déjà formation d'adhérences. On ne décèle pas d'ondes péristaltiques, pas de tension intermittente. L'estomac est plutôt petit, rétracté, il n'y a pas de clapotage à jeun.

Somme toute, le diagnostic d'ulcère juxta-cardiaque se fera surtout sur une étude approfondie des symptômes fonctionnels; la sensation de pesanteur entre les épaules au début, la dysphagie douloureuse, suivie de la douleur gastrique vraie, les régurgitations glaireuses, l'absence de signes physiques et les signes de rétraction de l'estomac.

OBSERVATION III

Diagnostic clinique. — Ulcère juxta-cardiaque opératoire.
Idem.

M..., Gabriel, cinquante-sept ans, Brangues (Isère).

Le malade entre dans le Service de M. Delore, à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 20 août 1916, pour des troubles gastriques et un amaigrissement considérable.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Personnellement, pas de maladies de l'enfance. Nie toute spécificité et tout éthylysme.

Le début de l'affection actuelle remonterait à quatre ans, c'est-à-dire en 1912, époque à laquelle il ressentit quelques douleurs vagues au niveau du creux épigastrique, presque

aussitôt après avoir mangé. En l'interrogeant, il nous dit qu'il était vite fatigué et qu'il ressentait fréquemment entre les deux épaules une sensation de pesanteur qu'il compare à une courbature. Peu à peu les douleurs s'accrochèrent et furent comparables à des brûlures qui étaient calmées deux ou trois heures après le repas par des régurgitations acides. Pendant l'année 1913, ces douleurs ont diminué d'intensité, à tel point qu'il s'est cru guéri, quand soudain, au mois de décembre 1913, il fut pris de vomissements noirs qu'il compare à du chocolat. A la suite de cet incident, les douleurs reprirent avec une intensité plus accentuée, s'irradiant entre les épaules. Il n'a jamais eu de douleur en broche. Les vomissements n'ont pas réapparu. De temps à autre, dit-il, mais plus particulièrement lorsqu'il mangeait du pain rassis, il éprouvait au passage du bol alimentaire une douleur rétro-xyphoïdienne accentuée qui « le tordait ». Il lui semblait qu'une boule de feu entraînait dans son estomac.

A l'entrée, malade considérablement amaigri (il prétend avoir perdu 17 kilogrammes en quatre ans), au teint jaune paille. L'examen ne permet pas de sentir de tumeur au creux épigastrique. On ne distingue pas d'ondes péristaltiques; pas de tension intermittente. Les selles donnèrent une réaction de Weber négative. M. Delore, se basant sur la précocité de la douleur et sur les régurgitations acides, porta le diagnostic d'ulcère de la petite courbure juxta-cardiaque.

Intervention le 26 août 1916. — Laparotomie sus-ombilicale médiane. On tombe sur un gros ulcère juxta-cardiaque ayant les dimensions d'une pièce de 5 francs, très dur, très adhérent aux organes voisins, en particulier au diaphragme et au foie. L'exérèse paraît absolument impossible. On se contente de faire une gastrostomie, suivant la méthode de Fontan.

Le malade est sorti de l'hôpital le 12 septembre, très amélioré, reprenant des forces.

OBSERVATION IV

Ulcère juxta-cardiaque.

Marie L..., trente-cinq ans, Eyzin-Penet (Isère).

La malade entre dans le Service du Dr Delore, à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 18 février 1918, pour des troubles gastriques.

Rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Six frères ou sœurs, tous vivants et bien portants.

Les troubles gastriques pour lesquels la malade entre à l'hôpital remontent à trois ans. Ils consistaient en douleurs survenant une heure après les repas, durant deux ou trois heures, et se terminant par des nausées sans vomissements. Quelquefois, ces crises douloureuses étaient calmées par des régurgitations glaireuses. Elle prétend qu'à certain moment elle présentait des douleurs en broche, mais que celles-ci survenaient particulièrement le matin à jeun.

Il y a trois mois, c'est-à-dire en novembre 1917, ces douleurs gastriques, qui étaient supportables, quoique pénibles, augmentèrent d'intensité, de façon telle qu'elle restreignit son alimentation afin de réduire ses souffrances au minimum. En même temps, apparut un peu de sia-lorrhée. A partir de ce moment, elle se mit à maigrir et elle accuse actuellement une perte de poids de 8 kilogrammes correspondant aux six derniers mois.

A son entrée dans le Service, on est en présence d'une malade amaigrie, au teint cependant assez coloré.

L'examen de la région gastrique ne permet pas de découvrir de tension intermittente, pas de tumeur perceptible à la palpation, pas d'ondes péristaltiques, pas de clapotage à jeun. On provoque cependant, au niveau du creux épigastrique, tout contre le rebord costal, une douleur assez intense par la palpation profonde.

Le reste de l'abdomen est souple. On ne sent pas le foie. Les urines ne contiennent pas d'albumine, elles sont chargées en urates. L'examen des matières a pu être fait à deux reprises différentes. Chaque fois le Weber fut positif. En présence de cette malade, M. Delore, se basant surtout sur les régurgitations, posa le diagnostic d'ulcère juxta-cardiaque et résolut d'intervenir.

Intervention, le 26 février 1918. — La laparotomie sus-ombilicale montre un ulcère de la petite courbure, très haut situé, voisin du cardia, adhérent au pancréas et aux plans postérieurs et produisant un rétrécissement de l'estomac à ce niveau. On passe à travers l'épiploon gastro-colique et on dégage l'ulcère avec peine de ses adhérences. L'ulcère est réséqué après ouverture préalable de l'estomac. La réfection de la brèche, qui est immense, est difficile, particulièrement en haut, surtout en raison de l'hémorragie veineuse. Finalement, on peut fermer la brèche par trois plans de suture au catgut. On laisse un drain à travers l'épiploon gastro-colique. Fermeture de la paroi. L'opération a duré une heure et quart. La pièce enlevée a les dimensions d'une pièce de 0 fr. 50, à parois verticales, ayant perforé les tuniques de l'estomac. Le fonds est constitué par de l'épiploon.

Suites opératoires. — Elles furent des plus simples. Après avoir atteint 38°2 au deuxième jour, la malade présente une température normale de 37°4 jusqu'à son départ. Les fils ont été enlevés le dixième jour. La malade a quitté le service le 20 mars 1918, ne souffrant plus de l'estomac et commençant à engraisser.

b) La forme œsophagienne.

Dans cette forme le diagnostic d'ulcère juxta-cardiaque nous paraît presque impossible : les symptômes sont ceux des sténoses du cardia. Ce sont les troubles

de la déglutition qui attirent les premiers l'attention du malade. Ils consistent en dysphagie plus ou moins prononcée pouvant présenter des rémissions avec sensation d'arrêt des aliments au niveau de l'appendice xyphoïde. La douleur est rarement intense, c'est plutôt une sensation de gêne rétro-sternale. Puis les régurgitations apparaissent affectant tantôt le type que nous avons décrit dans la forme précédente (régurgitations glaireuses), tantôt le type du vomissement alimentaire survenant sans effort immédiatement après le repas. Ces régurgitations ou ces vomissements font cesser les phénomènes douloureux. A ces troubles fonctionnels s'ajoutent assez vite les symptômes dus à l'inanition progressive. Le malade perd graduellement ses forces, l'amaigrissement s'accuse de plus en plus, la sensation de faiblesse est intense, des syncopes peuvent survenir. Le facies prend une expression d'anéantissement. La constipation habituelle pendant toute la durée de la maladie peut être remplacée par une diarrhée critique précédant la phase terminale.

En résumé, rien n'attire le clinicien du côté de l'estomac, son attention est immédiatement portée vers l'œsophage et seuls les signes physiques : œsophagoscopie, cathétérisme de l'œsophage pourront faire éliminer la sténose du cardia ou plutôt pourront faire poser le diagnostic de sténose spasmodique du cardia. La cause pourra alors en être recherchée, mais les symptômes fonctionnels ne seront pas suffisants pour faire penser à l'ulcère juxta-cardiaque et souvent le diagnostic porté sera celui de cancer sous-cardiaque.

OBSERVATION V

Diagnostic clinique : sténose œsophagienne. — Diagnostic opératoire : ulcère juxta-cardiaque.

P...., Marie, cultivatrice, quarante-sept ans.

La malade vient à l'hôpital où elle entre dans le service de M. Delore le 9 janvier 1920 pour des troubles de la déglutition ayant débuté au mois de juillet 1919.

Dans les antécédents on ne relève que quelques troubles gastriques d'ancienne date, sans caractères particuliers, ne procédant pas par paroxysmes, n'ayant aucun rapport avec les repas et n'étant accompagnés ni d'hématémèses, ni de mélœnas. La malade nie toute spécificité, elle est d'ailleurs mère de six enfants vivants et bien portants. A aucun moment de sa vie elle n'a présenté d'accidents permettant de soupçonner la tuberculose.

En juillet 1919, la malade accuse une douleur en haut du creux épigastrique avec irradiations interscapulaires, en même temps que la déglutition du pain et de la viande commence à s'effectuer avec une certaine difficulté. Un médecin consulté à cette époque, prescrit un régime à base de lait, potages, purées.

Cependant peu à peu l'amaigrissement s'accroît, l'état général décline et la déglutition devient de plus en plus difficile. Vers le milieu de novembre, les purées ne passent plus et l'alimentation est réduite aux seuls liquides. Enfin, depuis une quinzaine de jours, la malade se plaint de nausées; les liquides eux-mêmes ne passent plus qu'avec une extrême difficulté et à condition qu'ils soient pris en petite quantité. C'est dans cet état que la malade arrive à l'Hôtel-Dieu, le 9 janvier 1920.

A l'examen : femme cachectique avec teint terreux, sans ictère. Elle accuse une dysphagie absolue ou presque. Toutes les tentatives d'ingestion de liquides amènent une régurgitation immédiate. Il existe même depuis peu une

salivation abondante. Pas d'hématémèse, pas de melæna, pas de vomissements vrais, pas de tuméfaction perçue. Foie, rate, reins normaux.

Au point de vue œsophagien, pas de signe de compression médiastinale. L'auscultation juxta-vertébrale pendant l'absorption des liquides ne donne pas le bruit de filière. Examen du cœur, du système nerveux, des urines, fut négatif.

Le diagnostic posé fut celui de sténose œsophagienne et M. Delore décida de faire une gastrostomie.

Intervention, le 15 janvier 1920. — Gastrostomie à la Fontan. On attire la paroi de l'estomac épaissie, recouverte de péritoine rougeâtre — on se demande si on n'a pas affaire à un ulcère gastrique — et on décide, sitôt que la malade aura repris des forces, de faire une laparotomie, afin de pouvoir juger de l'étendue de la lésion.

Deuxième intervention, le 5 février 1920. — On débride le pourtour de l'orifice ; on attire sans difficultés au dehors l'estomac. On prolonge l'incision jusqu'à l'appendice xyphoïde et au rebord costal ; le jour obtenu est considérable. Au niveau du cardia, sur la petite courbure, on trouve un ulcère calleux de la dimension d'une pièce de 1 franc, laissant à l'œsophage une certaine mobilité. Il n'existe pas d'espace libre suffisant entre le diaphragme et la tumeur. L'exérèse est impossible et on se décide à refermer. Le grand cul-de-sac gastrique est complètement libre et une œsophago-gastrostomie transdiaphragmatique semble possible et sera proposée à la malade.

c) **La forme pylorique.**

Est une forme où domine le symptôme vomissement. On n'a plus affaire comme précédemment à la régurgitation glaireuse, ou au vomissement œsophagien qui surviennent immédiatement après le repas, mais

au véritable vomissement des sténoses pyloriques survenant une heure ou deux heures après l'ingestion des aliments. Il peut survenir tous les jours et même après chaque repas, mais le plus généralement il n'apparaît que tous les deux ou trois jours, laissant parfois le malade au repos pendant des périodes assez longues de deux mois et même davantage. Il contient soit des aliments ingérés peu de temps auparavant, soit des débris alimentaires qui ont séjourné depuis plusieurs jours dans l'estomac, ils ont une odeur butyrique prononcée et deviennent un symptôme de rétention. La douleur ne fait jamais complètement défaut, mais elle est moins accentuée que dans la forme type, revêtant rarement la forme de douleur en broche. Elle consiste plutôt en sensation de pesanteur, avec tiraillements et irradiations dans tout l'abdomen et dans la région lombaire. La constipation est prononcée et les matières fécales sont formées de petites boules sèches, dures, ovilées. L'amaigrissement et la perte des forces font des progrès rapides.

Au point de vue des signes physiques, si on peut noter des ondes péristaltiques, un peu de tension intermittente, si la percussion peut nous donner des signes de grand estomac, en général la palpation du pylore est négative, on ne sent pas de tumeur. Remarquons aussi que ces signes physiques qui sont positifs à un premier examen peuvent devenir négatifs à un examen fait quelques jours après. Nous sommes bien, en effet, en présence d'une sténose pylorique, mais on a affaire à une sténose spasmodique. Le diagnostic de la cause du spasme sera très difficile à poser et c'est exceptionnellement que

l'on pensera à l'ulcère juxta-cardiaque. Habituellement le clinicien pensera plutôt à l'ulcère de l'antra pylorique ou à celui du corps de l'estomac.

OBSERVATION VI

Diagnostic clinique: Sténose pylorique.

Diagnostic opératoire: Ulcère juxta-cardiaque.

J... Jules, quarante-neuf ans, entre dans le service de M. Delore, à l'hôpital de la Croix-Rousse, pour des vomissements et un amaigrissement considérable. Le malade a toujours eu une bonne santé jusqu'à il y a un an, daté à laquelle il a commencé à souffrir de l'estomac. Une demi-heure après le repas, sensation de pesanteur, de boule gastrique ; renvois acides, nausées. Au bout de deux ou trois heures, cette sensation de froid disparaissait et il se trouvait bien.

C'est seulement il y a trois mois que sont apparus des vomissements à caractères nettement pyloriques. Il rejetait souvent des aliments ingérés depuis plusieurs jours. Il n'a jamais eu d'hématémèses. A deux reprises, cependant, il eût des vomissements noirâtres ressemblant, dit-il, à de la crème au chocolat. Le malade va très difficilement à la selle, il est très constipé.

Depuis le moment où sont apparus les vomissements, il a maigri très considérablement (12 kilogrammes). Aussi sommes-nous frappé par son état d'extrême maigreur, lors de notre premier examen.

A l'examen clinique la palpation épigastrique n'est pas douloureuse. On ne sent pas de masse ; clapotage à jeun net.

L'examen radioscopique ne donne aucun résultat. En présence de ces symptômes, on fait le diagnostic d'ulcère juxta-pylorique et on décide l'intervention.

Intervention le 9 février 1916. — Laparatomie sus-om-

bilicale. L'estomac est petit. La petite courbure, à partir de 7 cent. du pylore, est indurée, adhérente jusqu'au diaphragme, la poche pylorique qui reste libre présente à peu près la dimension d'une grosse orange. L'exérèse est impossible à cause des adhérences. On se contente de faire une gastrotomie à la Fontan.

OBSERVATION VII

Diagnostic clinique : Ulcère prepylorique.

Diagnostic opératoire : Ulcère juxta-cardiaque.

B... Jean-Marie, quarante-six ans, Craponne (Rhône). Le malade entre dans le service de M. Delore, à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 20 juillet 1918, pour des vomissements. Rien d'intéressant à relever dans les antécédents héréditaires. Au point de vue personnel, léger degré d'ethylisme, nie toute spécificité. Le malade nous raconte qu'il souffre de l'estomac depuis un an, cependant il n'a pas l'air d'attacher une grande importance à ces douleurs qui, d'après lui, sont irrégulières dans leur apparition survenant une fois par hasard, à la suite d'un repas un peu plus copieux que d'habitude. Il ajoute que généralement, après avoir mangé, il éprouve une sensation désagréable, une sorte de gêne dans le dos, entre les omoplates. Mais le symptôme sur lequel il attire surtout notre attention, est constitué par des vomissements très abondants qui surviennent une heure ou deux heures après les repas. Ils sont souvent précédés de nausées. Ces vomissements contiennent des débris alimentaires récents, quelquefois remontant à deux ou trois jours. Le malade prétend avoir perdu 10 kilogrammes en un an, ce qui n'est pas pour nous étonner étant donné les vomissements abondants que nous avons pu constater. A l'examen, la percussion révèle un grand estomac descendant à un travers de main au-dessous de l'ombilic. Léger clapotage à jeun. On a pu provoquer quelques ondes péristaltiques par des chiquenaudes sur la région épigastrique. En présence de cette

symptomatologie, M. Delore pose le diagnostic d'ulcère prépylorique et propose au malade une intervention.

Intervention le 24 juillet 1918. — Laparotomie sus-ombilicale. Il s'agit d'un ulcère de la petite courbure situé très haut, près du cardia, adhérent intimement au pancréas. Le pancréas lui-même est induré. L'estomac est de grandeur moyenne immobile. Il est impossible de l'attirer en dehors. Dans l'impossibilité où on est de pratiquer une intervention, on referme purement et simplement. Il y aura lieu de faire une jéjunostomie plus tard, si les vomissements persistent.

Le malade a quitté l'hôpital le 5 août 1918, il ne vomissait pas, mais on prenait soin de l'alimenter peu abondamment et fréquemment.

d) **Formes frustes.**

Jullich, dans sa thèse, envisage des formes frustes d'ulcères de l'estomac où, dit-il, les grands symptômes ne sont pas au complet, les vomissements sont rares ou absents, l'hématémèse peut manquer ou ne constituer qu'un accident isolé, les douleurs seules existant. Il ajoute qu'un des caractères intéressants de cette forme est la fréquence des signes œsophagiens joints aux douleurs avec quelquefois sensation d'arrêt des aliments derrière le sternum. Dans ce cas (qui d'après lui sont des formes frustes) on a affaire généralement à un ulcère voisin du cardia. Somme toute, sous le nom de formes frustes, il range l'ulcère juxta-cardiaque que nous venons d'essayer d'isoler. Pour nous, il existe cependant des formes frustes d'ulcères juxta-cardiaques, formes dans lesquelles on est en présence d'un minimum de symptômes qui évoluent très lentement, qui souvent n'attirent l'attention du malade qu'à la longue

et par leur persistance. Ils évoluent fatalement, mais à très lointaine échéance, vers la cachexie et la mort, et seraient une trouvaille d'autopsie, à moins qu'une complication survenant brusquement n'entraîne plus rapidement le malade vers l'échéance fatale.

Ces malades viennent consulter surtout parce qu'ils sont effrayés de leur amaigrissement. Les douleurs se présentent sous forme d'une gêne très légère à la déglutition. Le malade n'y prête pas attention et ce n'est qu'en l'interrogeant longuement qu'on finit par savoir qu'il éprouve une sensation de courbature entre les deux épaules et qu'on lui fait préciser quelques régurgitations à caractères œsophagiens. L'observation suivante est, à notre avis, un cas type de la forme fruste de l'ulcère juxta-cardiaque.

OBSERVATION VIII

Ulcère juxta-cardiaque.

R... Antoine, soixante ans, concierge, marié, père de deux enfants vivants, bien portants. Le malade entre à l'hôpital, dans le service de M. Delore, pour un amaigrissement considérable (perte de poids de 20 kilogrammes au moins) et pour un peu de gêne à la déglutition. Il prétend n'avoir jamais éprouvé de douleurs gastriques, il a toujours mangé normalement : depuis huit mois seulement il ressent une douleur intermittente entre les deux épaules et il éprouve, à la déglutition des aliments solides, une douleur légère qu'il localise au niveau de la fourchette sternale. Il n'a jamais eu de vomissements alimentaires, pas d'hématémèses, mais seulement quelques régurgitations à caractères œsophagiens.

L'examen clinique est absolument nul.

La radioscopie ne montrant pas de rétrécissement de

l'œsophage, on pense à un ulcère de la petite courbure et on décide une intervention.

Intervention le 10 janvier 1916. — Laparatomie sus-ombilicale. Rien au pylore. Le doigt sur la petite courbure rencontre près du cardia une induration probablement produite par un ulcère de la dimension d'une pièce de 5 francs. Comme il est très haut situé et très adhérent, on juge mal à propos de faire une exérèse, on se contente d'une gastrostomie suivant le procédé de Fontan.

Le 15 février 1916. — Nouvelle intervention. Dans l'intention de faire une exérèse et pour se donner plus de jour sur la région, on résèque les derniers cartilages costaux gauches. Malgré cela, la gastrectomie n'est pas pratiquée, vu le grand nombre d'adhérences qui empêchent d'attirer l'extrémité inférieure de l'œsophage et l'extrémité supérieure de l'estomac au dehors.

Le 6 mars 1916. — Le malade revient ; il ne s'est jamais servi de sa sonde depuis la deuxième intervention. Tous les aliments, même les solides, passent. Amélioration de l'état général. Le malade trouve qu'il a regagné des forces et pris du poids.

Terminons enfin ce chapitre en disant que, dans certains cas, la symptomatologie de l'ulcère juxta-cardiaque est cachée complètement par celle d'un autre ulcère siégeant soit au pylore, soit sur l'une des faces. C'est généralement, en effet, le deuxième ulcère qui domine le tableau clinique et on est très étonné, au moment de l'intervention, de trouver, outre l'ulcère juxta pylorique que l'on avait diagnostiqué, un deuxième ulcère siégeant dans la région juxtacardiaque.

Nous n'en rapportons pas d'observation, mais notre maître nous en a montré plusieurs exemples.

CHAPITRE III

COMPLICATIONS

Les différentes complications proviennent soit du fait que l'on est en présence d'un ulcère de l'estomac, soit du fait du siège élevé, juxta-cardiaque de la lésion.

Parmi les complications tenant à l'ulcère lui-même, nous indiquerons l'hémorragie, la biloculation, la dégénérescence néoplasique.

Parmi celles tenant au siège élevé de la lésion, nous examinerons successivement la périgastrite plastique et la pénétration dans les organes voisins, la perforation, l'envahissement de l'orifice cardiaque.

A. COMPLICATIONS TENANT A L'ULCÈRE LUI-MÊME

1° L'hémorragie. — Peut être foudroyante et mortelle en quelques instants. Brusquement le malade pâlit, tombe, perd connaissance et meurt après avoir vomi quelques gorgées de sang pur. Elle peut être grave avec une échéance fatale plus éloignée : l'hémorragie s'annonce par les symptômes suivants : pâleur de la face, petitesse du pouls, refroidissement des

extrémités, bourdonnements d'oreille, sensation de plénitude et de chaleur à l'épigastre (Bouveret), quelquefois nausées suivies de vomissements noirâtres. Le malade est immédiatement traité ; des injections de sérum à haute dose le remontent assez vite, quand brusquement, après un calme de deux ou trois jours, une deuxième hémorragie survient, et ainsi de suite pendant plusieurs semaines au bout desquelles le malade se cachectise et meurt si on n'est pas intervenu chirurgicalement.

2° La biloculation. — Cette complication nous a paru une extrême rareté, aussi bien dans les cas que nous avons vus personnellement que dans les observations publiées par les différents auteurs que nous avons retrouvés.

Ainsi que nous l'avons montré au chapitre de l'anatomopathologie, les rétractions de l'ulcère juxta-cardiaque se font plutôt dans le sens de la petite courbure que dans le sens perpendiculaire.

3° La dégénérescence néoplasique. — L'ulcère juxta-cardiaque peut être le point de départ d'un néoplasme. On est alors en présence du néoplasme sous-cardiaque bien décrit par Jacquier-Bret dans sa thèse. La symptomatologie est alors toute d'emprunt ; il est confondu avec le néoplasme de l'œsophage ou avec celui du cardia. L'exploration du conduit œsophagien au cathéter impose le diagnostic, ainsi que la radioscopie et l'œsophagoscopie. Enfin, au point de vue de son traitement, il est beaucoup moins favo-

nable à l'ablation que le cancer de l'estomac, à cause de sa situation et si, dans ce cas, la gastrectomie totale est encore l'opération de choix, on sera obligé d'avoir recours à la gastrostomie s'il reste sur la face antérieure de quoi faire une bouche stomacale ; enfin, si la face antérieure de l'estomac est elle-même envahie, la seule intervention qui pourra apporter un soulagement sera la jujunostomie.

B. COMPLICATIONS TENANT A LA SITUATION ÉLEVÉE DE L'ULCÈRE

Les complications que nous envisageons dans ce paragraphe sont des complications que l'on peut voir dans tous les ulcères de l'estomac, mais qui, cependant, présentent une physionomie un peu spéciale, grâce à la situation haute de la lésion :

a) **La périgastrite plastique et la pénétration dans les organes voisins.** — Complication fréquente, elle consiste en la formation d'adhérences et de néo-membranes en arrière de la petite courbure avec épaissement des tuniques gastriques et des séreuses péritonéales. Nous avons déjà dit que la situation élevée de l'ulcère dans une région où normalement l'extrémité inférieure de l'œsophage et l'extrémité supérieure de l'estomac étaient relativement fixes aidait à la formation de ces néo-membranes.

Les symptômes qui traduisent la périgastrite plastique évoluent à bas bruit et sont souvent difficiles à déceler. Le diagnostic n'est généralement fait qu'au

moment de l'intervention. Cependant, dans certains cas, ces adhérences peuvent se traduire par une sensation vague d'empâtement profond de l'hypocondre gauche. Les adhérences avec la face inférieure du côté gauche du foie pourront provoquer des douleurs dans l'épaule droite susceptibles d'égarer le diagnostic. L'adhérence de l'estomac à la paroi abdominale postérieure pourra se traduire par une douleur lombaire profonde parfois plus pénible dans le décubitus horizontal que dans la station debout ou assise comme le dit Bouveret. Enfin l'adhérence et surtout la pénétration à la face antérieure du pancréas se traduisent surtout par le caractère térébrant de la douleur en broche avec irradiations dorsales interscapulaires et dorso-lombaires qui prennent une acuité considérable et sur laquelle tous les auteurs insistent longuement.

b) La perforation. — Complication que nous n'avons jamais rencontrée dans les ulcères juxta-cardiaques de la petite courbure. Nous croyons cependant qu'elle peut se produire, mais qu'étant donné la formation d'adhérences précoces dans notre région, elles entraînent tout au plus une périgastrite suppurée, véritable abcès sous-diaphragmatique qui se révélera à nous, d'abord par un peu de température, du hoquet et les signes bien décrits par Senatow dans le *Charité Annalen*, 1884.

Cependant certains auteurs rapportent des observations de perforation d'ulcères juxta-cardiaques situés sur la face antérieure de l'estomac et ayant provoqué des phénomènes de péritonite généralisée. Bien que

nous croyons que la face antérieure soit rarement le siège de tels ulcères, il n'en est pas moins vrai que, dans ces cas là, la perforation peut entraîner des troubles graves, tenant surtout à ce fait que, la face antérieure de l'organe étant extrêmement mobile, des adhérences ne peuvent se former afin de cloisonner la grande cavité péritonéale.

OBSERVATION IX

Perforation d'un ulcère de l'estomac. — Laparotomie précoce. — Suture. — Guérison (Michaux, chirurgien des Hôpitaux de Paris ; *Congrès français de Chirurgie à Lyon, 1894*).

P..., âgé de trente et un ans, manœuvre au P.-L.-M., éprouve en soulevant un rail une vive douleur dans la région épigastrique avec sensation de déchirement intérieur. Vomissements, ventre rétracté et dur, tendu surtout à la partie supérieure des muscles grands droits de l'abdomen.

La laparotomie fait voir une perforation de l'estomac siégeant très haut et très profondément sur la face antérieure tout près du cardia. Suture de la perforation par deux plans séro-séreux. Guérison.

OBSERVATION X

Perforation d'un ulcère très haut situé, mort au huitième jour (Maurice, *Lancet*, 1894).

F..., vingt-trois ans. Antécédents gastriques. Douleurs abdominales subites, collapsus ; laparotomie : ulcère de l'extrémité cardiaque de la petite courbure, fixation de l'estomac à la paroi, drainage local. Mort au huitième jour.

OBSERVATION XI

Perforation d'un ulcère de l'estomac. — Suture. — Mort par péritonite purulente (Oergel, in article de Gross, *Revue de Chirurgie*, 1904, t. II, p. 93).

F..., vingt ans. Depuis quelques années douleurs après les repas, vomissements fréquents, souvent couleur chocolat. A la suite d'un effort, douleur vive dans le côté gauche. Apparition de signes de péritonite.

Laparotomie exploratrice par Helferrich, soixante-douze heures après. Issue de 2 litres de liquide séro-purulent. Anses intestinales injectées couvertes d'un exsudat séro-fibrineux, adhérentes entre elles. On trouve une perforation d'un ulcère siégeant sur la paroi antérieure au-dessus du cardia. — Suture à deux plans pénible. Mort par péritonite purulente.

OBSERVATION XII

Perforation d'un ulcère de l'estomac. — Suture. — Guérison (Shettle, *Brit. med. Journal* 1901).

F..., dix-sept ans. Antécédents gastriques. Anémie. Brusquement phénomènes péritonéaux. Intervention quarante-huit heures après. Perforation de l'estomac par ulcère situé sur le bord antérieur et l'extrémité cardiaque de la petite courbure.

Suture à la soie, assèchement, guérison.

OBSERVATION XIII

Ulcère de l'estomac perforé, péritonite généralisée. — Laparotomie. — Mort (Jaboulay et Viannay, *Archives provinciales de Chirurgie*, 1900, p. 694).

Z..., vingt-deux ans, entre au mois de septembre 1898 à

l'Hôtel-Dieu dans le Service de M. Jaboulay. Antécédents gastralgiques remontant à deux ans, sensation de brûlure après les repas, douleur en broche, vomissements alimentaires acides, renvois aigres, etc. Brusquement douleur vive dans la région épigastrique, nausées, pas de vomissements, ballonnement du ventre.

Première intervention. — Laparotomie vaginale : il s'écoule par le vagin une assez grande quantité de pus et de gaz. A la suite de cette intervention pas d'amélioration notable.

Deuxième intervention. — Laparotomie sus-ombilicale. Le péritoine contient des gaz et du pus. L'estomac est adhérent au niveau du pylore avec le côté droit du foie. Sur la face antérieure, très près du cardia et à côté de la petite courbure, on voit une perforation à l'emporte-pièce. Suture de la perforation, drainage sans suture de la paroi.

Pneumonie droite, pleurésie purulente gauche, mort au bout de douze jours.

c) L'envahissement du cardia par l'ulcère. —

Dans ces cas-là les malades se présentent avec une symptomatologie de sténose du cardia très marquée ; ils sont de plus dans un état d'amaigrissement et de cachexie, tel que c'est à peine si le chirurgien osera faire une gastrostomie sous anesthésie locale.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Pour traiter ces ulcères juxta-cardiaques, plusieurs méthodes se présentent au chirurgien. Les unes s'attaquent directement à la lésion et constituent à notre avis le vrai traitement, les autres sont des méthodes palliatives que l'on emploie seulement lorsqu'on ne peut pas faire autrement.

Nous tenons essentiellement à faire remarquer, avant d'entrer dans les détails techniques de ces diverses interventions, que toutes les méthodes, qu'elles soient curatives ou palliatives, ne peuvent avoir un résultat intéressant que si les malades amenés au chirurgien ne sont pas amenés trop tard. Nous voulons dire par là que le médecin en présence d'un ulcère de l'estomac ne doit pas attendre que l'amaigrissement, l'anémie ne soient trop prononcés, et surtout que la cachexie ne se soit emparée du malade. A ce stade, l'intervention curative ne sera pas supportée, on se rabattra sur l'opération palliative faite à la hâte, presque d'urgence, et souvent même l'anesthésie locale s'imposera.

Somme toute, faire attendre un malade porteur d'un ulcère bien diagnostiqué, c'est non seulement lui faire

courir les risques des complications habituelles, hémorragie, perforation, mais même assombrir le pronostic d'une intervention qu'on sera obligé de faire dans de mauvaises conditions, rapidement, sur un malade en état de moindre résistance.

Plus encore qu'au moment où elle a été prononcée, cette parole de Kocher est à l'ordre du jour :

De grâce, Messieurs les Médecins, laissez-nous guérir vos malades.

A. — MÉTHODES CURATIVES

Nous envisagerons successivement la gastrectomie et l'exérèse au thermo-cautère ou procédé de Balfour.

A. **Gastrectomie.** — La gastrectomie nous paraît être dans l'ulcère de la région qui nous occupe le procédé de choix. Ses indications sont ici les mêmes que dans les ulcères de la petite courbure, nous n'y reviendrons pas. Ce sur quoi nous tenons à insister, ce sont surtout les difficultés qui se présentent au chirurgien tenant à la lésion particulière que nous étudions. Malgré que nous estimions que ce soit l'intervention idéale, nous sommes obligé de reconnaître que, sur les douze observations personnelles que nous publions, notre maître n'a pu la pratiquer que quatre fois.

Si, à notre avis, le siège de la lésion, pas plus que la disposition anatomique du cardia, fortement fixé à la paroi postérieure et au foie par le péritoine et caché sous la paroi costale, ne sont raisons suffisantes pour rejeter d'emblée la gastrectomie, nous croyons que la

véritable difficulté proviendrait bien plutôt des nombreuses adhérences inflammatoires surajoutées qui empêchent complètement d'attirer la portion supérieure de l'estomac et la portion inférieure de l'œsophage au dehors. Dans l'observation que nous reproduisons un peu plus loin, on a pu faire cette résection gastrique, malgré de nombreuses adhérences pancréatiques, mais nous avons affaire à une femme dont l'œsophage abdominal, ainsi que nous l'a fait constater notre maître, avait une longueur d'au moins 5 centimètres. Enfin, les difficultés provenant du siège très élevé de l'ulcère peuvent sensiblement diminuer si on a soin de pratiquer une résection des cartilages costaux qui en donnant beaucoup de jour sur la région n'aggrave pas sensiblement le pronostic de l'intervention (observation VIII). Santy prétend même que, pour donner plus de jour à la région, il suffit de placer le malade en lordose dorso-lombaire.

Au point de vue de l'étendue de la résection, on sera guidé par l'étendue de la lésion. L'inégalité des deux tranches gastriques sera généralement en faveur de la tranche cardiaque, ce qui constituera plutôt un facteur favorable. Il suffira d'espacer un peu plus les points du côté le plus étendu et de les serrer davantage du côté le plus réduit, comme on le fait lorsqu'on pratique une anastomose termino-terminale à la suite de l'ablation d'une tuberculose iléo-cæcale par exemple.

Nous croyons que, dans un certain nombre de cas d'ulcères juxta-cardiaques, en raison de la tendance de la lésion à gagner en profondeur plutôt qu'en largeur, la résection gastrique annulaire dont nous venons de

parler est inutile et qu'il suffit, surtout si l'ulcère est à son début et si les adhérences pancréatiques sont peu nombreuses, de pratiquer une résection cunéiforme de la lésion.

L'intervention dans ce cas-là sera plus rapide, plus facilement exécutable, malgré la hauteur de l'ulcère, le traumatisme sera moins grand et, quoi qu'on en ait dit, la suture longitudinale que l'on pratiquera pour fermer la brèche gastrique ne rétrécira pas sensiblement le diamètre de l'organe; du reste, la grande courbure, de par son élasticité, compensera assez rapidement cette perte de substance.

OBSERVATION XIV

Ulçère juxta-cardiaque. — Résection. — Guérison.

A..., Philomène, soixante-quatre ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 2 juin 1916, pour un gros amaigrissement (10 kilogrammes en neuf mois) et de mauvaises digestions.

La malade prétend avoir toujours eu une excellente santé et c'est seulement au mois de novembre 1915 qu'elle fut inquiétée par des alternatives de diarrhée et de constipation.

Elle vit un médecin à ce sujet qui la traita pour de la gastro-entérite. Malgré le traitement, elle perdit peu à peu l'appétit et manifesta un dégoût marqué surtout pour le pain et la viande.

Elle n'a jamais vu de sang rouge dans ses selles, mais pendant les périodes de constipation, les matières étaient dures, noires, ovilées.

C'est seulement en décembre 1915 qu'elle commença à éprouver des douleurs gastriques consistant surtout en

crampes. Ces phénomènes douloureux débutaient une heure après les repas, duraient trois quarts d'heure et se terminaient par des régurgitations glaireuses à caractère œsophagien.

A l'examen clinique, on ne trouve absolument rien dans la région épigastrique. Aucune trace de tumeur. On ne provoque pas de douleur à la palpation profonde.

L'examen radioscopique ne donne aucun résultat.

Pensant à un ulcère de la petite courbure, on décide d'intervenir.

Intervention. — Gastrectomie annulaire pour ulcère juxta-cardiaque très haut situé sur la petite courbure. Il est adhérent au pancréas sur une très grande étendue. Le décollement se fait cependant assez facilement. On résèque l'estomac sur une étendue de quelques centimètres, et l'ulcère est très largement dépassé.

Guérison fort simple.

OBSERVATION XV

Diagnostic clinique : ulcère de la petite courbure. —

Diagnostic opératoire : ulcère juxta-cardiaque. —

Réséction. — Guérison.

Mme B..., quarante-six ans, entre dans le Service de M. Delore, salle Sainte-Clotilde, le 13 janvier 1919, pour des troubles gastriques.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Elle a toujours joui d'une bonne santé. C'est seulement il y a deux ans et demi qu'elle s'est mise à souffrir de l'estomac. Pendant des périodes de deux ou trois mois elle ressentait, une heure environ après l'ingestion des aliments, des douleurs siégeant au niveau de l'épigastre, s'irradiant quelquefois dans le dos. Ces douleurs étaient suivies d'un vomissement alimentaire survenant deux ou trois heures après le repas. Ces vomis-

séments n'ont jamais été noirs ; elle n'a pas eu d'hématémèses. Dans l'intervalle des périodes douloureuses la malade se trouvait bien.

A l'examen, malade à peine amaigrie ; l'examen de la région épigastrique ne révèle pas de tumeur, pas d'ondes péristaltiques, pas de tension intermittente, pas de clapotage à jeun ; on provoque une douleur assez accentuée par la palpation profonde, au niveau du creux épigastrique, à gauche de la ligne médiane et contre les fausses côtes.

M. Delore pense à un ulcère de la petite courbure et décide d'intervenir.

Intervention, le 16 janvier 1919. — Laparotomie sus-ombilicale. On tombe sur un grand estomac présentant un ulcère au niveau de la petite courbure, près du cardia, sans adhérences avec les organes voisins. On l'enlève sans grandes difficultés par une résection circulaire. Suture à trois plans au catgut. La brèche gastrique est de la largeur d'une paume de main. La suture se fait sans incidents. Fermeture sans drainage de la paroi. Il s'agit d'un petit ulcère gros comme une pièce de 50 centimes et situé à 1 centimètre et demi du cardia à peu près. Vingt jours après, la malade sortait de l'hôpital guérie, ne vomissant plus.

OBSERVATION XVI

Diagnostic clinique : ulcère de la petite courbure. —

Diagnostic opératoire : ulcère juxta-cardiaque de la petite courbure. — Résection cunéiforme. — Guérison.

M..., trente-quatre ans, Ain. La malade entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Sainte-Catherine, dans le Service de M. Delore, le 1^{er} décembre 1917, pour des troubles gastriques.

Rien à relever dans ses antécédents héréditaires ou

collatéraux. Personnellement bonne santé habituelle; est mère de quatre enfants vivants et bien portants.

Il y a huit ans, la malade commença à souffrir de l'estomac. Les douleurs consistaient en crampes, en sensations de brûlures survenant une heure après les repas. Elle n'a jamais eu de gêne à la déglutition. Depuis trois mois, les douleurs gastriques sont devenues transfixiantes, c'est une véritable douleur en broche. Ces douleurs étaient nettement calmées par des vomissements survenant soit une heure et demie, soit trois heures après le repas. En août 1917, hématomèse assez abondante, elle dit avoir vomi du sang rouge avec des aliments; à partir de cette époque le médecin qui la soignait a pu constater, à différentes reprises, des Weber positifs. Elle n'aurait pas eu d'autre hématomèse, ni de vomissements marc de café. Elle attire l'attention sur son amaigrissement considérable. Elle pesait, dit-elle, 82 kilogrammes en 1912, elle n'en pèse plus à son entrée que 52. Somme toute, amaigrissement de 30 kilogrammes en cinq ans.

A l'examen, malade assez amaigrie, au facies pâle. L'examen de la région gastrique ne permet pas de déceler d'ondes péristaltiques, pas de clapotage à jeun; l'estomac, cependant, semble un peu dilaté à la percussion. La malade est très constipée, le Weber est négatif. Somme toute, pas de signes de sténose vraie. Depuis le mois d'août 1917, la malade ne s'alimente qu'avec des potages.

L'examen des poumons permet d'affirmer qu'on est en présence d'une bacillaire. On trouve, en effet, un ramollissement du sommet droit avec râles humides, un peu de retentissement de la voix et de la toux, et un souffle cavitairé sous la clavicule gauche. La malade, interrogée soigneusement à ce sujet, dit qu'elle n'a jamais eu d'hémoptysie et décrit bien le rejet de sang qu'elle a fait par la bouche en août 1917 comme une hématomèse.

Intervention, le 4 décembre 1917. — Laparotomie sus-ombilicale. On tombe sur un ulcère juxta-cardiaque de la

petite courbure situé à peine à 1 centimètre au-dessous du cardia et adhérent intimement au pancréas. La région est relativement mobilisable, aussi se décide-t-on à tenter l'ablation. On décolle l'ulcus du pancréas et on l'excise largement. On fait la suture longitudinale qui ne rétrécit pas le cardia. Cautérisation de la surface pancréatique qui était adhérente et formait le fond de l'ulcus.

Le 8 décembre la malade eut une hémoptysie assez abondante. Cependant, le 30 décembre, sa plaie opératoire était guérie et elle pouvait prendre quelques potages. Elle était dans un très grand état de faiblesse.

Le 2 janvier 1918, mort de cachexie tuberculeuse.

B. L'exérèse au thermo-cautère ou procédé de Balfour. — Balfour¹, dans l'article où il expose sa méthode, pose en principe que le traitement idéal de l'ulcère gastrique est la résection au bistouri. Mais, dit-il, le problème à résoudre est de savoir si l'ulcère peut être excisé sans dangers. Or il ne voit pas dans l'acte opératoire de la résection au bistouri de véritable difficulté, sauf cependant le cas où l'ulcère est très haut situé sur la petite courbure, mais il prétend que, même entre les mains d'un chirurgien expérimenté, l'excision fait courir au malade des risques sérieux. Ces risques sont surtout l'hémorragie post-opératoire, peu abondante mais persistante qui survient, soit dans les vingt-quatre premières heures, soit dans les sept ou huit jours après l'intervention. Il ajoute qu'ayant observé cette complication tardive un assez grand nombre de fois, il fut amené à chercher une méthode nouvelle pouvant l'éviter.

¹ Traitement de l'ulcère gastrique par la cautérisation (*Surgery-Gynecology and obstetrics*, oct. 1914, p. 528-530).

Ces dangers post-opératoires, et particulièrement l'hémorragie sur lesquels Balfour insiste longuement, nous paraissent à l'heure actuelle de peu d'intérêt, si les sutures des tranches gastriques sont faites convenablement. Il faut surtout s'attacher à faire avec beaucoup de soin la suture muco-muqueuse qui est la véritable suture hémostatique. Les sutures étant bien faites, nous n'avons jamais rencontré cette complication, et si, dans deux ou trois observations de notre maître, il est noté que des hémorragies tardives sont survenues, elles ne tenaient nullement au procédé opératoire employé, mais toujours à un ulcère en évolution qui n'avait pas été remarqué au moment de l'intervention. Balfour ajoute : « La cauthérisation est une méthode qui donne les résultats les plus satisfaisants pour traiter de nombreux ulcères superficiels, non seulement par la destruction des tissus qu'elle provoque, mais encore par l'empêchement de l'hémorragie. L'application du principe ci-joint a été mis en application à la Clinique Mayo, dans un assez grand nombre de cas, cependant nous ne sommes pas encore en position pour fixer comment la dimension, le caractère et la situation de l'ulcère limiteront la méthode. »

A notre avis cette méthode ne peut et ne doit vivre que des contre-indications de la résection. Parmi ces contre-indications la hauteur sur la petite courbure et les adhérences serrées au pancréas nous ont semblé un empêchement à la gastrectomie ; dans ce cas l'exérèse au thermocautère nous semble indiquée. Voici la technique employée par M. Delore qui se rapproche assez

de celle de Balfour, pour pratiquer cette intervention.

Laparotomie sus ombilicale médiane. On reconnaît avec le doigt la position haute de l'ulcère et les adhérences qui l'unissent au plan profond.

Dans un premier temps on décolle lentement, et progressivement, les adhérences avec le doigt de façon à libérer la petite courbure.

Dans un deuxième temps, cautérisation de l'ulcère, jusqu'à ce que la perforation artificielle produite ait dépassé largement les limites de la lésion.

On pratique alors la fermeture de la brèche gastrique par deux plans de suture au catgut. L'épiploon gastro-hépatique en dernier lieu est remplacé sur la suture et fixé par deux ou trois points séparés.

Les suites opératoires d'une telle intervention sont très simples. Cependant, si nous nous plaçons au point de vue du malade, il souffre encore pendant plusieurs semaines ainsi que l'atteste l'observation ci-après.

En résumé la méthode de Balfour nous paraît un procédé à conseiller pour l'exérèse des ulcères juxta-cardiaques, et notre maître la préfère de beaucoup à la cautérisation à travers une gastrotomie ainsi que l'indique M. Müller, chirurgien des hôpitaux de Saint-Étienne, dans la *Loire médicale* du 15 février 1920. Pour M. Müller, il est des cas d'ulcères de l'estomac où les adhérences avec les organes voisins sont telles que le décollement et la libération de l'estomac sont impossibles. Il pratique alors une gastrotomie de 7 à 8 centimètres sur la face antérieure de l'organe. Par cette brèche il thermocautérise l'ulcère, puis l'enfouit sous un plan muqueux. Outre que cet enfouissement

sous le plan muqueux paraît difficile, on se demande si les fils placés à ce niveau ne vont pas couper la muqueuse. Il est rare que les adhérences soient absolument impossibles à libérer, et M. Delore croit qu'avec de la patience on trouve toujours un plan de clivage par où, en agissant lentement et prudemment, on pourra faire la libération de l'estomac et de l'organe adhérent. Ce procédé cependant pourra être employé si toutefois la résection gastrique était impossible et s'il en était de même de l'exérèse au thermocautère.

OBSERVATION XVII

(Due à l'obligeance de M. Savy, médecin des hôpitaux.)

Ulcère chronique de la petite courbure juxta-cardiaque.

L... Isidore, quarante-huit ans, forgeron, demeurant à Lyon. Entré dans le service le 30 août 1918, où il a fait trois séjours successifs.

Antécédents héréditaires : père mort à soixante-douze ans d'une attaque d'apoplexie. Mère morte à quarante-huit ans d'affection indéterminée. Une sœur morte à treize ans d'une fièvre typhoïde, une autre sœur vivante bien portante.

Antécédents personnels : Ethylisme. Deux à trois litres de vin par jour. Nie toute spécificité. Marié à vingt-cinq ans : sa femme est morte albuminurique. A cinq enfants dont quatre sont vivants et bien portants. Un a été tué à la guerre.

Pas de maladies de l'enfance.

Il y a une dizaine d'années le malade a commencé à souffrir après ses repas. Il se mit à un régime sévère composé de lait et de potages. Les douleurs disparurent au bout de deux mois et le malade n'eut aucun trouble digestif pen-

dant sept à huit mois. Puis les douleurs réapparurent et à partir de ce moment-là il passa par des alternatives de périodes de souffrance et de périodes de bien-être.

Actuellement les douleurs débutent immédiatement après l'ingestion des aliments et consistent en une sensation de pesanteur qui, au bout de deux heures, se transforme elle-même en brûlure vive siégeant au creux épigastrique et s'irradiant dans le dos. Au bout d'une heure ou deux la douleur disparaît complètement à moins qu'un vomissement spontané ou provoqué ne l'ait déjà soulagé. Les vomissements n'ont jamais été noirâtres; ils n'ont pas contenu d'aliments ingérés plusieurs jours avant. Pas de pélite, pas de régurgitations acides. Amaigrissement d'une quinzaine de kilogrammes depuis quatre ans. Diminution des forces. Pas de température.

La palpation révèle une douleur sourde au niveau du creux épigastrique en un point assez limité. On ne sent rien d'objectif.

Le malade est examiné aux rayons X par M. le Dr Devic.

Poumons : les deux sommets sont gris, le poumon droit est pommelé dans toute son étendue. Les culs-de-sac pleuraux sont normaux.

Le diaphragme présente une amplitude normale.

Le cœur n'est pas gros, l'aorte paraît élargie, seulement le médiastin postérieur s'éclaire bien.

Estomac : situé presque sur la ligne médiane il présente la forme d'un V, la partie la plus déclive se trouve presque sur la ligne médiane à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le prépylore est remonté légèrement : il est situé à deux travers de doigt à droite et au-dessus de l'ombilic.

Le 30 septembre 1918 le malade rentre chez lui, refusant de se laisser opérer.

Deuxième séjour, 19 septembre 1919. Il s'agit somme toute d'un malade qui présente des signes d'ulcère gastrique. Il n'a jamais eu d'hématémèses ni de méléna. Mais le diagnostic repose sur l'intensité des douleurs tar-

dives qui sont souvent suivies de vomissements, l'évolution de la maladie par poussées douloureuses, séparées par des intervalles de bonne santé.

11 septembre 1919. Clapotage assez net à jeun :

Chimisme gastrique (après repas d'épreuve) :

HCl	2,7
Acide de fermentation . .	0,3
HCl combiné	0,5
Acidité totale	3,50

6 octobre. Le malade part, refusant à nouveau l'intervention.

20 novembre 1919. Le malade rentre à nouveau dans le service de M. Savy avec les mêmes phénomènes que précédemment. Il accepte l'intervention et passe dans le service de M. Delore.

Intervention, le 22 décembre 1919. — Laparotomie sus-ombilicale. On tombe sur un ulcère situé très haut près du cardia. On peut le mettre à nu, le voir, mais si on le réséquait la suture serait des plus difficiles sinon impossible. C'est un ulcère de la petite courbure, calleux, adhérent au pancréas et aux plans postérieurs et bouché par de l'épiploon gastro-hépatique épaissi.

On décolle largement en avant, puis après décollement colo-épiploïque on le libère en arrière, mais incomplètement. Devant les difficultés d'une exérèse en raison de la hauteur, on pratique l'excision au thermocautère suivant le procédé de Balfour. Suture de la perforation qui a les dimensions d'une pièce de cinq francs. Premier plan total hémostatique, deuxième et troisième plans séro-séreux tous au catgut. La gastro-enterostomie n'a pas été faite bien que l'estomac soit un peu dilaté, car l'ulcère aurait été situé bien au-dessus de la gastro. Le pylore n'a pas été examiné spécialement.

Les suites opératoires immédiates furent très simples, mais, revu deux mois après son intervention, le malade accusait encore quelques douleurs après les repas.

B. — MÉTHODES PALLIATIVES

Les interventions que nous envisagerons dans ce paragraphe sont la gastrostomie et l'œsophago-gastro-anastomose.

a) **La gastrostomie.** — Elle peut être faite soit comme premier temps d'une opération curative (résection); elle sert alors à alimenter le malade; elle lui permet de reprendre des forces pour subir sa deuxième intervention; soit comme intervention définitive : le malade étant dans un état très précaire, ou la situation haute de l'ulcère et les adhérences empêchent de faire autre chose.

L'intervention consiste dans la création d'une bouche stomacale artificielle permettant l'introduction des aliments dans l'estomac.

Le point délicat est d'avoir une bouche continente. Pour obtenir ce résultat, nombreux sont les procédés qui ont été décrits.

M. Delore emploie le procédé de Fontan qui lui donne d'excellents résultats. L'estomac est attiré au dehors de façon à avoir un peu trop d'étoffe. On fixe la base du petit sac aux lèvres de la plaie pariétale par des points de suture non perforants. On fixe le sommet du cône au moyen de deux pinces de Tuffier. On incise

la musculo-séreuse et on décolle sur le pourtour la muqueuse de façon à favoriser la formation de la valvule puis on incise la muqueuse. Une sonde de Nélaton n° 22 est introduite à frottement dans l'orifice, on la fixe par une pince et on termine l'intervention par des sutures non perforantes au catgut.

OBSERVATION XVIII

Ulcère juxta-cardiaque. — Gastrostomie. — Décès.

O..., Pierre, entre dans le Service du Dr Delore, le 15 février 1916, pour des douleurs à la déglutition et un amaigrissement considérable.

Depuis deux ans le malade éprouve une sensation de gêne à la déglutition des aliments solides. De temps à autre il présente des régurgitations glaireuses à type œso-phagien, il n'a jamais eu de vomissements vrais.

Interrogé très minutieusement, il prétend n'avoir jamais éprouvé d'autres symptômes, il n'a jamais souffert de l'estomac. Gros amaigrissement (10 kilogrammes en deux ans).

L'examen clinique permet de sentir au niveau du creux épigastrique une masse indurée de la grosseur d'une mandarine.

L'examen radioscopique n'a pas été fait.

On pense à un néoplasme de la petite courbure et on décide d'intervenir.

Intervention, le 6 mars 1916. — Laparotomie sus-ombilicale. On trouve un énorme ulcère de la petite courbure, haut situé près du cardia et remontant jusqu'au diaphragme, il est très fortement adhérent aux plans profonds et son exérèse est impossible.

On se contente de faire une gastrostomie.

Quinze jours après l'intervention le malade meurt d'une broncho-pneumonie,

b) **L'œsophago-gastro-anastomose.** — Intervention qui consiste dans l'anastomose de l'œsophage avec l'estomac.

Cette intervention nous est venue à l'idée en présence de la malade de l'observation V, mais les recherches que nous avons faites à son sujet sur le cadavre nous ont montré toutes les difficultés qui se présentaient et, la malade étant déjà dans un état d'amaigrissement avancé, notre maître a préféré ne pas la tenter sur elle.

Quoi qu'il en soit, cette intervention nous paraît intéressante pour traiter les ulcères juxta-cardiaques impossibles à réséquer, et c'est pourquoi nous en dirons quelques mots.

M. Gosset l'a pratiquée sur trois cadavres. Il opère de la façon suivante :

« *Premier temps.* — Tracé d'un large volet thoracique gauche en forme d'U à base supérieure. La branche postérieure de l'U chemine parallèlement aux apophyses épineuses à quatre travers de doigt en dehors d'elle. La branche antérieure suit la ligne mamelonnaire.

Le sommet de l'U répond au IX^e espace intercostal. La base est plus ou moins haut. Un volet comprenant quatre à cinq côtes est largement suffisant. On coupe à fond jusqu'aux côtes et on met celles-ci à nu en avant et en arrière. Le volet est relevé en un seul plan comprenant parties molles, côtes, plèvre pariétale. On évitera l'entrée brusque de l'air en incisant petit à petit et prudemment.

Deuxième temps. — Limitation du champ opératoire par des compresses.

Troisième temps. — Découverte et exploration de l'extrémité inférieure de l'œsophage. Deux pinces de Kocher le saisissent et l'attirent fortement. Avec la sonde cannelée, libération à droite et à gauche des pneumogastriques. Il reste à attirer l'estomac après ouverture du diaphragme.

Quatrième temps. — Ouverture du diaphragme. Pour être assuré de tomber sur la grosse tubérosité, il faut, par le palper de la convexité du diaphragme, sentir en dehors la résistance de la rate, en dedans la résistance du foie. En incisant entre les deux sur une largeur de 2 à 3 centimètres, on tombe forcément sur la grosse tubérosité. On l'attire alors par cet orifice. Mais il est capital de suturer la base du cône gastrique immédiatement au pourtour de la plaie diaphragmatique.

Cinquième temps. — Anastomose. Faire une anastomose latérale en profitant de la dilatation œsophagienne sus-jacente, ou bien une anastomose par implantation du bout supérieur de l'œsophage sur le sommet du cône gastrique. »

Cette intervention à laquelle Gosset donne le nom de procédé de Biondi ou œsophago-gastro-anastomose transdiaphragmatique nous a paru évidemment assez simple à réaliser sur le cadavre, si on a la précaution de suivre la technique décrite, mais sur le vivant elle nous paraît encore bien difficile à réaliser.

Peut-être serait-il plus facile de pratiquer l'intervention en passant par la cavité abdominale ainsi que

Wiener, de New-York, a pu le réaliser, de même que Heyrovsky, de Vienne. Heyrovsky nous décrit l'intervention qu'il a pratiquée de la façon suivante :

« Après résection du rebord costal gauche selon la pratique de Mikulics et Marwedel et relèvement du lambeau on eut accès sur le cardia. Section circulaire du péritoine autour de l'œsophage, on attire celui-ci à travers l'orifice diaphragmatique sur une longueur de 6 centimètres. Section du pneumogastrique. Anastomose latérale entre la partie gauche de l'œsophage et la grosse tubérosité. La suture fut recouverte par un enfouissement séro-séreux. Guérison sans incident. »

Nous n'insisterons pas davantage sur cette intervention d'exécution difficile et qui pour le moment nous paraît être un tour de force opératoire.

CONCLUSIONS

I. — Il existe, au niveau de l'estomac, à côté des ulcères bien connus du corps, de la petite courbure et du pylore, des ulcères juxta-cardiaques.

II. — Ces ulcères se présentent soit sous une forme type caractérisée par des douleurs interscapulaires, des régurgitations à caractères œsophagiens ; soit sous des formes diverses, œsophagienne ou pylorique.

III. — Les complications sont particulièrement graves et consistent en périgastrite, perforation, dégénérescence cancéreuse.

La gravité de ces complications provient surtout de la difficulté du traitement.

IV. — Au point de vue du traitement, l'exérèse nous paraît être la méthode de choix. Si elle est impraticable, la thermocautérisation ou procédé de Balfour prendra sa place.

Dans les cas où ces deux procédés seront inapplica-

bles on aura recours à la gastrostomie ou à l'œsophago-gastro-anastomose. Cette dernière méthode ne nous paraît pas avoir encore fait suffisamment ses preuves en pathologie humaine.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu

MOURIQUAND.

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 20 mai 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BALFOUR, Traitement de l'ulcère gastrique par la cautérisation (*Surgery-Gynecology and Obstetrics*, octobre 1914, p. 528-530).
- BARJON et DELORE, Deux observations d'estomac biloculaire (*Lyon médical*, 12 mai 1902, p. 1052).
- BERTIER (F.), *les Sténoses du cardia, causes, signes et diagnostic* (thèse de Paris, 1908).
- BONORINO-UDAONDO, Diagnostic clinique des ulcères de l'estomac (*Archives des Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, 1918, p. 163).
- BOUVERET, *Traité des Maladies de l'estomac*.
- CAILLÉ (P.), *Diagnostic clinique de certaines formes de localisation de l'ulcère de l'estomac et du duodénum* (thèse de Paris, 1914).
- COFFEY, Traitement des ulcères de la petite courbure de l'estomac (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, t. XI, n° 6, p. 545).
- DELORE et ALAMARTINE, Ulcère en évolution et biloculation gastrique (*Revue de Chirurgie*, 1909, t. XXXIX, p. 482).
- DELORE et GUILLEMINET, De la valeur de la gastrectomie en deux temps (*Revue de Chirurgie*, 1920).
- DELORE et SANTY, la Gastrectomie dans l'ulcère, (*Lyon chirurgical*, 1^{er} mars 1914).
- FISCHER (H). (New-York), la Section du cardia comme opération préliminaire de la résection de l'œsophage pour cancer bas situé (*Centralblatt für Chirurgie*, t. XL, n° 47, p. 1809-1811).

- HARTMANN et LECÈNE, Traitement des ulcères de la petite courbure de l'estomac (*Rapport au Congrès de Chirurgie*, New-York, 1914).
- HEYROVSKY (H.) (Vienne), Pathologie et traitement de la dilatation idiopathique de l'œsophage (œsophago-gastro-anastomose) (*Archiv. für klinische Chirurgie*, février 1913, p. 703-715).
- GOSSET, Œsophago-gastro-anastomose transdiaphragmatique (*Revue de Chirurgie*, 1903, t. XXVIII, p. 694).
- GROSS (F.-G.), Perforation de l'estomac pour ulcère (*Revue de Chirurgie*, 1904, t. I).
- GUIBAL (P.), Ulcère perforé de l'estomac (*Revue de Chirurgie*, 1904, p. 262).
- GUISEZ, Diagnostic des maladies œsophagiennes par l'œsophagoscopie (*Bulletin de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, janvier 1906).
- HANOT, Cancer du cardia (*Arch. générales de Méd.*, 1883).
- JACQUIER-BRET, le Cancer sous-cardiaque de l'estomac (thèse de Lyon, 1909).
- JULICH, *Formes cliniques de l'ulcère de l'estomac chronique et récidivant* (thèse de Paris, 1905-1906).
- JABOULAY et VIANNAY, *Archives provinciales de Chirurgie*, 1900, p. 694.
- LERICHE, De la gastrectomie annulaire médiogastrique (*Annales internationales de Chirurgie gastro-intestinale*, janvier 1907).
- MARION, *De l'intervention chirurgicale dans le cours et les suites de l'ulcère gastrique* (thèse de Paris, 1897).
- MATHIEU, *Traité des Maladies de l'estomac et de l'intestin*.
- MONOT et VANVERS, *Manuel opératoire*.
- MAYO-ROBSON, Traitement chirurgical de l'ulcère chronique (*The Lancet*, 1901, 25 mai, p. 1453).
- MENARD, *De la gastrostomie* (thèse de Paris, 1912).
- MULLER, *Traitement de l'ulcère gastrique par la thermocautérisation intragastrique et l'enfouissement de l'ulcère par autoplastie muqueuse*.
- OPENCHOWSKY, Sur le diagnostic de la localisation de l'ulcère gastrique (*Münchener medizinische Wochenschrift*, n° 47, 25 novembre 1913).

- PAYOT (L.), *De la gravité opératoire de la gastrectomie* (thèse de Lyon, 1913).
- RIVIÈRE, *Thérapeutique chirurgicale de l'ulcère de l'estomac* (thèse de Lyon, 1910).
- ROGER, le Réflexe œsophago-salivaire (*Presse médicale*, 1903).
- SANTY, *Contribution à l'étude des ulcères chroniques de l'estomac et des estomacs biloculaires par ulcère* (thèse de Lyon, 1914).
- SCHIRAMECK, *Spasme de l'œsophage dans le cancer de l'estomac* (thèse de Lyon, 1895).
- SEIDL, Valeur diagnostique des points dorsaux douloureux dans l'ulcère rond de l'estomac (*Archiv. für Verdaungskrankheiten*, 1911, p. 723).
- SOUPAULT, Rétraction atrophique de l'estomac simulant le cancer du cardia (*Soc. méd. des Hôpitaux*, juin 1902).
- TÉMOIN (Bourges), Résection dans l'ulcère gastrique (*Société de Chirurgie de Paris*, 3 juin 1914, p. 706).
- VILLARD et PINATELLE, De la perforation des ulcères de la petite courbure (perforations hautes) (*Revue de Chirurgie*, 1904, p. 709).
- VOLLBRACHT, Rétrécissement spasmodique du cardia (*Soc. de Médecine et de Pédiatrie de Vienne*, 1905).
- WIENER, Résection partielle de l'estomac et de l'œsophage pour cancer et gastro-œsophagostomie (*Annales of Surgery*, 1908, t. II, p. 530-540).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Anatomie pathologique	11
A. Anatomie normale	11
B. Anatomie pathologique.	15
CHAPITRE II. — Etude clinique.	25
I. Symptomatologie.	25
II. Formes cliniques.	38
CHAPITRE III. — Complications.	53
A. Complications tenant à l'ulcère lui-même.	53
B. Complications tenant à la situation élevée de l'ulcère	55
CHAPITRE IV. — Traitement.	60
A. Méthodes curatives	61
B. Méthodes palliatives.	73
CONCLUSIONS	79
BIBLIOGRAPHIE	80

